

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N^o

444

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

René FRANÇOIS

L'APPENDICITE

AU COURS

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

PRÉSIDENT : M. TERRIER, Professeur.

JUGES	{	MM. KIRMISSON, Professeur.	{	Agrégés.
		WALTHER,		
		MAUCLAIRE,		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1 RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	N....
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
	DEBOVE.
Clinique médicale	{ LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	{ PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	Vaquez.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*en témoignage de profonde
reconnaissance et sincère affec-
tion.*

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE

L'ÉCOLE D'ANGERS

ET DE

LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au moment de présenter ce modeste travail, ce nous est un devoir et un plaisir à la fois d'offrir ici à tous ceux, parents, professeurs et amis, qui nous ont aidé à mener à bien nos études médicales, l'expression de notre vive gratitude.

Une mort, hélas ! trop hâtive, a fait récemment un vide cruel parmi ceux qui, entre tous, ont droit aujourd'hui à ce témoignage d'affection.

Qu'il nous soit permis, en évoquant ici le cher souvenir d'un père sincèrement regretté, de lui adresser l'hommage, bien mérité par toute une vie de travail, de droiture et de dévouement aux siens, de notre inaltérable reconnaissance.

Que nos anciens Professeurs de l'Ecole de Médecine d'ANGERS, que les maîtres éminents dont nous avons suivi l'enseignement à la Faculté de PARIS, ceux qui, en nous ouvrant l'accès de leurs services dans les Hôpitaux, nous ont facilité les moyens de nous instruire, et ceux qui nous ont fait l'honneur de s'intéresser à nous et de nous aider de leurs conseils, reçoivent ici nos respectueux remerciements.

Nous tenons à remercier aussi M. le D^r F. SUAREZ DE MENDOZA, qui nous a reçu si cordialement, au

double titre d'élève et d'ami, dans sa clinique particulière d'*Oto-rhino-laryngologie*, où nous avons pu examiner à loisir de nombreux malades.

M. le D^r LANCE, ancien interne des hôpitaux de PARIS, a bien voulu, avec une amabilité charmante et un parfait désintéressement, nous communiquer quelques documents recueillis par lui et cinq observations inédites : nous sommes heureux de l'en remercier ici très cordialement et de rendre à César ce qui est à César.

L'un de nos anciens maîtres de l'Ecole d'ANGERS, auquel nous gardons un souvenir dévoué pour la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée, et dont la haute compétence chirurgicale fait autorité, M. le D^r MONPROFIT, a bien voulu nous encourager de son approbation dans le choix de notre sujet, estimant que tout ce qui peut attirer l'attention sur l'intérêt considérable qu'il y a pour les malades atteints d'appendicite au cours d'une fièvre typhoïde, à ce qu'un diagnostic rapide et précis permette de les arracher à la mort, tout effort pour dissocier les confusions malheureusement trop fréquentes encore, peut être considéré comme une œuvre utile.

Nous devons à l'amicale obligeance du D^r BRIN, d'ANGERS, une observation personnelle et quelques considérations générales qui viennent encore à l'appui de cette thèse.

Enfin, nous devons un témoignage tout particulier de gratitude à M. le D^r GOSSET, Professeur Agrégé à la Faculté de médecine, qui nous a suggéré l'idée de ce travail, et à l'obligeance de qui nous devons deux très intéressantes observations inédites.

Nous ne pouvons qu'être très honoré de l'accueil aimable que nous avons toujours trouvé près de lui. C'est un honneur et une garantie pour cette thèse que sa raison d'être puisse s'étayer sur l'opinion autorisée du jeune et si distingué maître, dont nous avons suivi avec tant d'intérêt le brillant enseignement à la Faculté, et dont la maëstria chirurgicale, mise au service d'une science profonde et d'une dévorante activité, prouve que quelquefois encore, ainsi qu'aux temps du Cid,

« La valeur n'attend pas le nombre des années ».

M. le Professeur TERRIER, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous le prions respectueusement d'être assuré que nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous fait.

INTRODUCTION

En abordant ce sujet de *l'Appendicite au cours de la fièvre typhoïde*, notre intention n'est point de prétendre à la découverte d'une nouvelle modalité de « *ce mal qui répand la terreur.* »

Depuis quelques années déjà, l'attention a été attirée sur l'existence de manifestations appendiculaires au cours des maladies infectieuses, et en particulier de la dothiéntérie; manifestations tantôt bénignes et passagères, et se résolvant spontanément, tantôt assez inquiétantes et durables pour nécessiter une intervention chirurgicale.

Des auteurs d'une compétence indiscutable, que nous aurons l'honneur de saluer au passage dans le cours de ce travail, nous ont précédé dans cette voie; et ce n'est qu'en marchant prudemment à leur suite, nous appuyant sur les documents, les statistiques dont ils ont enrichi la littérature médicale en France et à l'étranger, et sans trop nous écarter, afin d'y voir clair, du sillage de leurs lumières, que nous étudierons, pour en tirer des conclusions pratiques,

les rapports qui unissent l'appendicite et la fièvre typhoïde.

L'appendicite, *au cours de la fièvre typhoïde*, doit-elle être considérée comme une appendicite *banale*, évoluant dans sa forme ordinaire et par simple coïncidence, concurremment avec une dothiéntérie ?.... ou au contraire se développe-t-elle sous l'influence d'un processus pathologique de nature typhoïde ?

C'est ce que nous nous efforcerons d'élucider.

Enfin (et c'est là surtout le but de cette thèse et sa modeste prétention à quelque utilité), nous essaierons de démontrer, en nous basant sur les notions acquises jusqu'à ce jour et les observations recueillies, que les accidents attribués fréquemment à la *perforation typhoïde*, et dès lors considérés logiquement comme échappant trop souvent aux ressources de la science, sont, dans un certain nombre de cas, imputables à *l'appendicite*, et, de ce fait, justiciables d'une intervention qui a déjà donné aujourd'hui, entre des mains habiles, des preuves de succès, et partant d'utilité.

CHAPITRE I

ETIOLOGIE

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'appendicite admettent l'influence de la fièvre typhoïde dans la pathogénie de cette affection.

Pour établir la véracité de ce fait, on peut s'appuyer sur quatre ordres de données, qui sont :

- 1° Des considérations de pathologie générale ;
- 2° Des statistiques d'autopsie ;
- 3° Des constatations opératoires ;
- 4° Des données anamnestiques et cliniques

1° Considérations de pathologie générale

Etant donné la structure de l'appendice, que LUSCHKA compare à une *plaque de Peyer enroulée*, à un *tube de tissu lymphatique*, cet organe doit logiquement prendre part à la défense de l'organisme dans les infections générales.

Il peut subir le contagement des germes, non seulement par voisinage, par voie lymphatique, mais encore à distance par voie sanguine.

Dès 1859, LEUDET (1) signalait des perforations appendiculaires au cours de rougeoles, de varioles, d'entérites.

De nos jours, M. le Dr FAISANS (2) a insisté sur la fréquence de l'appendicite dans les épidémies de grippe.

APOLAND, KELYNACK (3), KRETZ (4), ont signalé le rôle des amygdalites dans sa genèse.

Dernièrement, WILLIAM HAROLD (5) rapportait un cas d'appendicite survenu au cours d'une rougeole; et M. SIMONIN (6) en citait 18 cas qui semblent en rapport avec des angines, érysipèles, oreillons, scarlatines, etc.

Sans aller jusqu'à dire avec TRIPIER et PAIROT (7) que l'appendicite est la manifestation locale d'une affection toujours générale au début, on peut affirmer que toutes les maladies générales peuvent jouer un rôle dans son éclosion; et parmi elles la *fièvre typhoïde* doit être placée au premier rang.

2° Statistiques d'autopsie.

Il n'est pas rare, dans les autopsies de typhiques, de trouver *fortuitement* des lésions appendiculaires graves.

(1) Leudet. — *Arch. gén. de méd.* 1859.

(2) Faisans. — *Soc. méd. des Hôp.* 24 mars 1899.

(3) Kelynack. — A contribution to the pathology of the vermiform appendix. Londres 1893.

(4) Kretz. — *Wiener Klin. Woch.* 6 décembre 1900.

(5) W. Harold. — *Boston méd. Journ.* 27 juin 1901.

(6) Simonin. — *Soc. méd. des Hôp.* 27 décembre 1901.

(7) Tripier et Pairot. — *Sem. méd.* 8 mars 1899.

Nous pourrions en citer de nombreux exemples puisés dans la littérature médicale. Les limites de notre travail ne nous permettant pas de reproduire *in extenso* toutes ces observations, nous nous contenterons d'indiquer ici les noms des auteurs et les ouvrages où l'on pourra les trouver :

MALESPINE. — *Arch. gén. de méd.*, 1841 : 1 cas.

MORIN. — *Thèse de Paris*, 1869 : 2 cas d'Hoffmann.

Plusieurs cas personnels.

LEUDET. — *Cliniques*, 1871 : 1 cas de Charcellay de Tours.

MURCHISON. — *Traité des fièvres continues de la Grande-Bretagne*. Obs. XXX.

GOURONNEC. — *Thèse de Paris*, 1881. Obs. XIII.

HUTINEL. — *Thèse d'agrégation*, 1883 : 1 cas.

GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clin. méd.* T. III : 3 cas.

WEISS. — *New-York surg. soc.*, 8 déc. 1886 : 1 cas.

BARBE. — *Thèse de Paris*, 1895 : 1 cas de Letulle.

LAUNOIS. — *Rev. de méd.*, 1895, p. 908.

HUCHARD et GUÉNIOT. — *Bull. de la soc. anat.* Avril 1899.

MAUGER. — *Thèse de Paris*, 1900. Obs. XVI.

Dans quelques-uns de ces cas (*Malespine, Launois, Huchard et Guéniot*), on trouve, à côté des lésions typhiques de l'intestin grêle et du colon, des ulcérations de l'appendice.

Dans les autres, on trouve, à côté de lésions de péritonite variables, des perforations de l'appendice.

À côté de ces cas isolés, qui ne donnent aucune notion sur la fréquence de la lésion, nous trouvons des statistiques variées :

Voici tout d'abord un tableau emprunté à KELYNACK, qui donne le nombre de cas de perforations appendiculaires dues à la fièvre typhoïde, comparativement aux autres causes :

STATISTIQUE DE :	PERFORATIONS DE L'APPENDICE		
	Par fièvre typhoïde	Par autres causes	Pour cent
Fitz	3	257	4,15
Morin	12	64	18,75
Herché	8	56	14,3

D'autre part, en considérant les *perforations dans la fièvre typhoïde* en général, Reginald FITZ trouve que sur 165 perforations, 5 siègent à l'appendice, ce qui donne une moyenne de 3 %.

Mlle HOPFENHAUSEN (1) donne un chiffre beaucoup plus élevé. Compulsant les registres d'autopsie de deux des plus grands hôpitaux de SAINT-PÉTERSBOURG, de 1889 à 1897, elle relève 808 autopsies de typhiques : sur ce nombre figurent 109 perforations, parmi lesquelles 8 siègent à l'appendice, ce qui donne une moyenne de 7,35 %.

3 fois la perforation appendiculaire existait seule, ayant déterminé de la péritonite 1 fois localisée, et 2 fois généralisée.

(1) Olga Hopfenhausen.—*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 2 février 1899.

5 fois il y avait en même temps d'autres perforations intestinales, avec péritonite généralisée.

Les perforations appendiculaires figurent donc ici dans 1 % des cas mortels de dothiéntérie, et dans 7,35 % des cas de perforations typhiques.

Toutes ces constatations n'ont qu'une valeur relative, car elles ne comportent que la relation de cas graves avec perforations ayant entraîné des lésions péritonéales.

Ce qui est plus précis, c'est l'examen systématique, fait par plusieurs auteurs, de l'état de l'appendice aux autopsies de typhiques.

KELYNACK, qui s'est livré à cet examen, considère les lésions de l'appendice comme très rares. Dans toutes les fièvres typhoïdes qu'il a pu étudier à ce point de vue, il n'a relevé qu'une seule fois une ulcération de l'appendice.

A la même époque JACOB (1) affirme que ces lésions sont très fréquentes. Il n'a pas, il est vrai, trouvé d'ulcérations; mais, dans 3 cas sur 4, il a constaté de la rougeur et de la congestion de l'appendice.

Mlle HOPFENHAUSEN (2), reprenant cet examen, a trouvé, sur 30 autopsies de typhiques, l'appendice malade 3 fois. Dans 6 cas, il y avait de la congestion, de l'hyperémie; dans les deux autres, il y avait en plus des ulcérations.

(1) Jacob. — *Thèse de Paris*, 1893.

(2) Olga Hopfenhausen. — *Loco citato*.

Citons ici l'opinion de GRISOLLE (1) :

« Il ne faut pas oublier, dit-il, que la perforation *peut* siéger sur un point de l'appendice vermiciforme du cœcum, et qu'elle peut être produite, comme pour le reste de l'intestin, par une ulcération typhoïde. »

Mais il ajoute plus loin : « Contrairement à ce qui a lieu pour l'intestin grêle, on ne voit *presque jamais* l'appendice cœcal se perforer par les progrès d'une ulcération typhoïde. »

3° Constatations opératoires

A côté de ces examens pratiqués à l'amphithéâtre, il faut étudier les lésions rencontrées sur des appendices enlevés chirurgicalement sur des typhiques.

Dans certains cas, on a trouvé de simples lésions hyperémiques, comme dans les 2 cas de M. Gosset.

Telles sont aussi les observations de GUINARD (2), de RENDU (3), de BOVERLY MAC-MONAGLE (4), et les observations V et VI que nous rappelons plus loin.

D'autres fois on a constaté des ulcérations ou des perforations.

(1) Grisollé. — Traité de path. int., 1865. T. I, p. 576 ; T. II, p. 408.

(2) Guinard, Cité par Coulomb. — Thèse de Paris, 1899.

(3) Rendu. — *Sen. méd.*, 6 février 1901.

(4) Boverly Mac-Monagle. — *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 23 mars 1901.

Tels sont les cas de BONTECOU (1), de SILCOCK (2), d'ALEXANDROFF (3). Tel est aussi le cas cité par ROLLESTON (4), dans son rapport à la Société clinique de Londres, dont nous avons cru intéressant de donner plus loin la traduction (que nous croyons inédite) *in extenso*, en raison des statistiques qui y figurent.

Enfin, on a parfois trouvé un appendice complètement sain comme dans un cas de MOIZARD (5), 1 de BULL (6), ou porteur de lésions anciennes guéries, comme dans l'observation de MAURANGE (7).

4^e Données anamnestiques et cliniques

Il est actuellement impossible de se faire une idée d'après les seuls examens cliniques, de la fréquence des lésions appendiculaires dans la dothiéntérie, puisque cette localisation peut passer complètement inaperçue, et que les erreurs de diagnostic sont nombreuses.

On a avancé que la fièvre typhoïde agit non seulement comme cause déterminante de l'appendicite, mais encore comme cause prédisposante. Les lésions

Bontecou. — *Journ. of Amer. med. Assoc.*, janvier 1888, p. 106.

Silcock. — (*In M. D. B. Lees, Soc. clin de Londres*). *In Sem. méd.* 12 février 1892.

(3) Alexandroff, Cité par Mauger. — *Thèse de Paris* 1900, obs. XIV.

(4) Rolleston. — *In « Clinical Society's Transactions »*, vol. XXXI p. 239.

(5) Moizard. — *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1899, p. 485.

(6) Bull. — *Practitioners Soc., In med. Record.*, 4^{er} juin 1901.

(7) Maurange. — *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1899.

spécifiques de la dothiésentérie au niveau de l'appendice, laisseraient un terrain tout préparé pour plus tard à subir des infections déterminant des crises d'appendicite banale. Jusqu'ici les statistiques semblent peu en faveur de cette manière de voir.

C'est ainsi que dans la thèse de SIRON, sur 390 cas, on n'en trouve qu'un seul (Obs. IV) où la fièvre typhoïde est relatée dans les antécédents.

Mlle HOPFENHAUSEN (1), réunissant 743 cas, a constaté que dans 37 cas on relève dans les antécédents la dothiésentérie. Mais encore faut-il remarquer que, dans beaucoup de ces cas, un intervalle très long, de 10 à 40 ans, s'est écoulé entre les deux affections.

COULOMB (2), dans sa thèse, cite quelques observations d'appendicite survenant peu de temps après une fièvre typhoïde (Obs. de PARKER, de PEYRONNET). Sur 22 appendicites où il a recherché les antécédents, il a relevé 6 fois la dothiésentérie.

(1) Olga Hopfenhausen. — *Loco citato*.

(2) Coulomb. — *Thèse de Paris*, 1899.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le professeur DIEULAFOY (1), dans sa communication à l'Académie de médecine, a divisé les altérations de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde en deux ordres :

1° Dans le cours même de la maladie, l'appendice peut présenter toutes les modalités des lésions spécifiques de la dothiéntérie.

2° Plus tard, pendant la convalescence, les lésions sont dues à des appendicites banales, *para-typhoïdes*, provenant d'infections secondaires que favorise probablement l'état *minoris resistantiae* du tissu lymphoïde.

1° On connaît bien aujourd'hui les lésions du 1^{er} ordre. Elles présentent trois stades : *infiltration*, *ulcération*, *perforation*.

α. — Au stade *d'infiltration*, on trouve un appen-

(1) Dieulafoy. — *Bull. de l'Acad. de méd.*; 27 octobre 1896 et *Man. de Path. int.* 13^e édit. 1901. T. IV, p. 130.

dice volumineux, gonflé, turgescent, en érection pour ainsi dire. Il est d'un rouge violacé.

La paroi est épaissie : elle peut atteindre 4 à 5^{mm} de plus que sa dimension normale. La lumière est rétrécie. La muqueuse est boursoufflée, mamelonnée ; par places elle présente parfois un piqueté rouge, et de petites hémorrhagies. La cavité contient du mucus, quelquefois des matières fécales, ou du pus.

β. — Plus tard on peut trouver des *ulcérations*, qui siègent dans toute région de l'appendice, mais surtout près de son orifice.

Ces ulcérations sont mamelonnées, couvertes de petits amas sanguinolents. D'abord superficielles, elles peuvent intéresser toute l'épaisseur de la muqueuse, puis la musculieuse, laissant à nu le péritoine.

γ. — C'est dans ce cas que peuvent alors se faire les *perforations*. Le plus souvent très petites, quelquefois par exemple du diamètre d'une tête d'épingle elles occupent le fond de l'ulcération. Elles sont régulièrement arrondies, et comme taillées à l'emporte-pièce. Elles ne présentent aucun autre caractère particulier.

Le processus perforant appendiculaire est de tous points comparable à la perforation de l'intestin au niveau des plaques de Peyer et des follicules clos ulcérés.

A l'examen histologique, on fait les constatations suivantes :

A. — CONGESTION.

α. — *Sanguine.* — Vaisseaux gorgés de sang, dilatés. — Thromboses.

β. — *Lymphathique.* — Tuméfaction concomitante presque immédiate des ganglions du méso.

Couche folliculeuse très hypertrophiée.

Follicules se touchant presque partout, bourrés de lymphocytes.

Lésions glandulaires. Tuméfaction. Troubles.

Transformation caliciforme beaucoup plus active.

B. — ULCÉRATION.

Aux dépens des follicules, au centre desquels on voit apparaître de petits îlots de nécrose.

Puis petits abcès folliculaires qui tendent à s'ouvrir dans la cavité de l'appendice.

Destruction de un ou plusieurs follicules.

La perforation se produit par thromboses vasculaires et destruction des couches sous-jacentes.

Peut-on, dans le cours de la fièvre typhoïde, trouver des appendicites banales analogues à celles qui surviennent pendant la convalescence ?

La question est encore obscure. Il semble cependant qu'on doive l'admettre : car les lésions appendiculaires, soit au début de l'affection, soit pendant son évolution, peuvent donner lieu à des péritonites

enkystées péri-cœcales, dont l'allure rappelle absolument ce qui se passe dans l'appendicite banale.

Ces abcès de la fosse iliaque chez les typhiques peuvent se résorber spontanément (1); ils peuvent aussi donner lieu à des prolongements pelviens (2), rétro-coliques, sous-diaphragmatiques, à des pleurésies droites (3), au *foie appendiculaire*; ils peuvent enfin s'ouvrir dans l'intestin (4).

Lorsqu'on les incise, on trouve l'appendice gangrené, détruit en grande partie, ou même en totalité; lésions qui rappellent celle de la banale appendicite perforante aiguë. Nous rapportons plus loin un cas semblable (Obs. VI).

En faveur de la même idée, on peut admettre que la crise appendiculaire observée au cours de la fièvre typhoïde soit peut-être quelquefois une rechute d'une appendicite ancienne, ainsi que nous le verrons plus loin.

2^o APPENDICITES PARA-TYPHOÏDES

Ces appendicites ont été magistralement décrites par le Pr DIEULAFOY (5).

« Elles surviennent habituellement, dit-il, dans le décours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Elles sont généralement accompagnées

(1) Murchison. — *Loc. cit.*, Obs. XIX.

(2) Malespine et Chomel. — *In thèse Gouronnec* Obs. VIII et XV.

(3) Prud'homme. — *Mém. de méd. milit.* 1860.

(4) Murchison. — Obs. XX.

(5) Dieulafoy. — *Loco citato*.

d'une reprise de la fièvre et d'une *élévation de température*.

Elles évoluent comme une appendicite banale.

Le processus toxi-infectieux peut limiter son action à la simple attaque appendiculaire, sans péritonite ; il peut également aboutir à toutes les complications de l'appendicite ; péritonites enkystées, généralisées, abcès du foie, infections à distance.

Ces *appendicites para-typhoïdes* et les péritonites qui leur font suite n'ont pas en général la gravité des péritonites par perforation : elles aboutissent plus sûrement aux adhérences, à l'abcès péritonéal circonscrit et à la guérison. »

Le Professeur DIEULAFOY explique ainsi la pathogénie des *appendicites para-typhoïdes*.

« Elles sont, dit-il, la conséquence et le reliquat des lésions de la fièvre typhoïde, qui ont transformé une partie du canal appendiculaire en *cavité close*.

Elles peuvent ne pas aboutir à la perforation ; peu importe : tous les accidents qui en découlent, avec ou sans perforation, sont comparables à ceux de l'appendicite vulgaire.

Il y a donc lieu de croire que le nombre d'observations, publiées sous la rubrique de *péritonites survenues pendant la convalescence de la fièvre typhoïde* (il n'est pas question ici des *rechutes*, dans lesquelles les perforations sont loin d'être rares), ou sous la rubrique de *péritonite typhoïde par propagation*, ne sont autre chose que des *appendicites para-typhoïdes*. »

En somme on peut dire aujourd'hui, avec le Professeur DIEULAFOY, que la soi-disant *péritonite typhoïde par propagation*, telle qu'on la comprenait depuis THIRIAL (1), et dont la dénomination avait été créée par TROUSSEAU, à la suite du mémoire de cet auteur, *n'existe pas*.

(1) Thirial. — *Union médicale*, 1853 .. N^{os} 83, 84 et 85.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Il faut séparer nettement au point de vue symptomatique les appendicites para-typhoïdes des manifestations appendiculaires que l'on observe au cours de la fièvre typhoïde. Occupons-nous d'abord de celles-ci.

1^o Manifestations appendiculaires survenant au cours de la fièvre typhoïde

Ici encore il faut distinguer 2 ordres de faits bien distincts.

Tantôt les phénomènes appendiculaires absorbent toute l'attention au début d'une fièvre typhoïde ; et les symptômes de cette dernière n'apparaissent que dans la suite, se substituant à ceux de l'appendicite : c'est, pourrait-on dire, l'*appendiculo-typhus*.

Tantôt, au contraire, les signes d'appendicite apparaissent au cours d'une dothiéntérie évoluant depuis quelques jours, et déjà diagnostiquée.

A. — **Appendiculo-Typhus.** — En pleine santé, ou après quelques troubles digestifs assez vagues, le malade est pris tout d'un coup de frissons violents et répétés; il vomit le repas qu'il vient de prendre; les vomissements peuvent se prolonger pendant un jour ou deux; d'alimentaires, ils deviennent bilieux.

En même temps, se déclare une violente douleur abdominale, à maximum dans la fosse iliaque droite. Le malade s'alite. Le médecin consulté constate une température élevée (39° à 40°). Le ventre est uniformément ballonné, douloureux à la moindre pression dans tout le flanc droit, mais avec un maximum souvent très net au *point de Mac-Burney*. A ce niveau, on remarque un notable degré d'hyperesthésie. Par un palper extrêmement doux, on peut constater que la défense musculaire de la paroi fait défaut.

Le malade est agité; sa physionomie est animée plutôt que déprimée. L'état reste stationnaire pendant 36,48 heures, quelquefois 3 jours.

On note pendant ce temps, une constipation opiniâtre. La température reste très élevée.

Puis les vomissements s'arrêtent, la douleur diminue et se diffuse à la plus grande partie de l'abdomen. A la suite d'une légère purgation ou de lavements répétés, une diarrhée jaune fétide s'établit. Le délire nocturne apparaît, la physionomie *se fige* pour ainsi dire, prenant l'aspect *hébété* du typhique.

Peu à peu tous les symptômes de la dothiéntérie s'installent, et l'apparition des taches rosées lenticu-

laïres vient, quelques jours après, confirmer le diagnostic, s'il était encore hésitant.

Tel est le schéma que l'on peut donner de ce mode de début de la fièvre typhoïde. Il semble particulièrement fréquent chez les enfants, et M. MOIZARD, tout d'abord, en a signalé 3 cas personnels, citant aussi d'autres cas dus à KIRKBRIDE, MERKLEN et JALAGUIER.

Il rappelle que TROUSSEAU l'avait signalé.

COULOMB en rapporte 3 autres cas dans sa thèse (Obs. XII, XIII et XIV).

M. WIDAL (1) en a observé 4 cas dans le courant d'une année et dans l'un de ces cas, la question de l'intervention s'était posée.

Nous rapportons plus loin 2 observations conformes à ce schéma (Obs. V et VII) qui sont dues à l'obligeance de M. JEANSELME et de M. GUINARD.

Parfois les symptômes appendiculaires ne cèdent pas au bout de quelques jours, ou sont d'une telle intensité dès le début, que le chirurgien est amené à intervenir et à enlever l'appendice.

Tels sont les cas de RENDU, de BOVERLY MAC-MONAGLE, de BULL, de MUSHAM (2).

Les observations IV et VI relatent des cas analogues observés par le Dr LANCE à l'hôpital HÉROLD.

On peut rapprocher de ces faits, où la fièvre typhoïde débute par des symptômes appendiculaires

(1) Vidal. — *Soc. méd. des Hôp.*, 12 avril 1901.

(2) Muscham. — *Deutsche med. Woch.*, 8 août 1901.

d'autres cas où ces symptômes apparaissent au cours d'une dothiéntérie méconnue. C'est ce qu'on peut observer dans le typhus ambulatorius de l'adulte, (l'observation de GUINARD, rapportée dans la thèse de COULOMB, en est un exemple); ou dans les formes très atténuées fréquentes chez l'enfant (Voir obs. V, recueillie par le D^r Lance à l'hôpital HÉROLD).

B. Symptômes appendiculaires survenant au cours d'une fièvre typhoïde confirmée. — Les signes diffèrent suivant que la lésion aboutit à la formation d'une péritonite *enkystée* ou d'une péritonite *généralisée*.

α. — PÉRITONITE ENKYSTÉE. — Du dixième au vingtième jour de l'affection, que le malade soit encore en pleine évolution ou que déjà les symptômes s'atténuent, la température présentant des oscillations, la torpeur diminuant, le facies devenant moins hébété, tout à coup éclate une douleur violente dans la fosse iliaque droite, suivie bientôt de vomissements. Le facies se grippe, la température s'élève de nouveau.

Si l'on opère alors, on trouve un gros appendice très congestionné, contenant des ulcérations plus ou moins étendues: ce sont les lésions qu'a trouvées BOVERLY MAC-MONAGLE (1) dans deux cas opérés dans ces conditions au quinzième et au dix-neuvième jour d'une fièvre typhoïde.

(1) Boverly Mac-Monagle. — California Acad. of med. In *Journ. of Amer. med. Assoc.* — 23 mars 1901.

Si l'on n'intervient pas, l'état du malade reste alarmant pendant trois ou quatre jours, puis les signes s'atténuent, mais la fosse iliaque reste douloureuse ; la palpation y révèle la présence d'une tuméfaction d'abord très dure, puis fluctuante.

Si on pratique l'opération à ce moment, on trouve un vaste abcès péri-cœcal enkysté, avec un appendice gangrené, perforé.

Si on n'intervient pas, la résolution complète peut s'observer ; mais plus souvent, le pus s'évacue par l'intestin ; quelquefois il se fait jour à la paroi abdominale, à l'ombilic chez les enfants. Le malade peut alors mourir d'infection septique, ou de péritonite généralisée secondaire.

Telles sont les observations XVI, XVII, XVIII, XIX et XX de la thèse de COULOMB.

β. — PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Les signes sont tout différents lorsqu'on a affaire d'emblée à une péritonite généralisée. Ce sont tous les symptômes de la perforation intestinale.

C'est vers le 20^e jour, précédée quelquefois par de petites hémorrhagies, que se fait la perforation. Subitement apparaît un frisson violent, une douleur vive dans le ventre ; en même temps surviennent des vomissements. Le pouls cède subitement : il devient petit, filant, dépressible. La température tombe brusquement, pour se relever ensuite. En quelques heures le ventre est complètement ballonné, sensible au moindre contact ; la respiration devient

fréquente et superficielle, le pouls inécomptable. L'issue fatale ne tarde pas à se produire.

COULOMB rapporte 5 observations analogues (Obs. XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV) de MURCHISON, BONTECOU, LEES, ALEXANDROFF, LETULLE.

On peut y joindre l'observation I de la thèse de DUCASSE (1).

Depuis d'autres observations ont été publiées. Citons celle d'ESMOUET et de JUBER dans la thèse de MAUGER, et *l'auto-observation* de BAYER (2).

2° Appendicite para-typhoïde

« Il s'agit là, non pas de perforation de l'appendice comparable aux perforations de l'intestin, mais bien d'une appendicite au vrai sens du mot, pouvant évoluer sous toutes les formes de l'appendicite banale et avec toutes ses conséquences. »

Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée des symptômes de l'appendicite para-typhoïde, que de reproduire ici le tableau que le P^r DIEULAFOY (3), dans une retentissante communication à l'Académie de médecine, a fait de ses diverses modalités. « Voici par exemple, dit-il, un individu atteint de fièvre typhoïde. La maladie a suivi un cours normal, et il entre en convalescence. Un jour, avec ou sans avertissements, une douleur

(1) Ducasse. — *Thèse de Paris*, 1883.

(2) Bayer. — *Thèse de Paris*, 1901.

(3) Dieulafoy. — *Bull. de l'Acad. de med.* Séance du 27 octobre 1896.

vive se déclare à la fosse iliaque droite ; *la température s'élève*, des vomissements surviennent, le ventre se ballonne, et comme le malade est convalescent d'une fièvre typhoïde, on diagnostique une perforation intestinale tardive ; on croit à une *péritonite par perforation*, et on porte le plus grave pronostic. Cependant, après 2 ou 3 jours de cet orage, le calme se rétablit, les symptômes s'amendent, et le malade guérit.

Dans d'autres cas, moins heureux, malgré l'apaisement des symptômes du début, la température ne redescend pas à la normale, les douleurs abdominales ne disparaissent pas, le ventre reste sensible à la fosse iliaque droite, au *point de Marc-Burney*, la palpation est fort douloureuse, le muscle sous-jacent se défend, un empâtement profond devient perceptible, et en quelques jours une collection purulente se forme à la région iléo-cœcale.

Enfin, en d'autres circonstances, beaucoup plus redoutables, ce n'est pas une péritonite *enkystée* qui se forme, mais c'est une péritonite *diffuse*, avec toutes ses conséquences.

Parfois même ce sont des infections à distance, y compris la *pleurésie appendiculaire* et le terrible *foie appendiculaire*.

Dans ce tableau, qui ne reconnaît l'évolution de l'appendicite vulgaire sous ses différents aspects ?.... »

« Dans L'APPENDICITE, dit ailleurs le Professeur DIEULAFOY (1), ce n'est pas seulement la gangrène et la perforation qui sont à craindre ; ce n'est pas seulement la péritonite qui est à redouter... C'est encore l'infection appendiculaire elle-même.

L'appendicite n'est pas seulement infectieuse : elle est infectante et intoxicante, par ses microbes et ses toxines.

Elle peut avoir, par elle-même, une part considérable dans les accidents, et cela dès le début de la maladie, dès que la *cavité close* est constituée.

L'appendicite en effet, ou si l'on préfère, les accidents appendiculaires et accidents péritonéaux, résultent de la transformation d'une partie du canal appendiculaire en *cavité close*, dans laquelle s'élabore un foyer d'infection dû à l'exaltation de virulence des microbes emprisonnés...

C'est par la cavité close que se fait l'infection avec son même cortège, toujours identique, de symptômes et d'accidents.

Tantôt microbes et toxines sont déversés dans le péritoine à travers une perforation ou un délabrement de l'appendice ; tantôt ils pénètrent dans le péritoine par migration à travers les parois de l'appendice non perforé. »

(1) Dieulafoy. — Cliniques, 1896-97, p. 329 à 384.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Lorsque les accidents appendiculaires éclatent pendant le cours ou la convalescence d'une fièvre typhoïde confirmée, le diagnostic ne souffre aucune difficulté.

Quelquefois cependant, lorsque les phénomènes locaux sont peu intenses, que les vomissements font défaut, et que c'est surtout une recrudescence de la température qui attire l'attention, on pourrait penser à une rechute de la dothiéntérie. Tel est le cas rapporté par HUCHARD et GUÉNIOT (1).

Si les lésions appendiculaires entraînent une péritonite généralisée, les symptômes sont identiques à ceux de la perforation intestinale. Le diagnostic du siège de la perforation est à peu près impossible. Cependant COULOMB pense que la localisation nette de la douleur, le relèvement plus rapide de la température pourraient faire penser à une perforation de l'appendice.

(1) Huchard et Guéniot. — *Bull. de la Soc. Anatom.*, avril 1899.

C'est possible, mais cette recherche ne présente aucun intérêt pratique, puisque la conduite à tenir est la même quel que soit le siège de la perforation.

Quand, au contraire, les signes d'appendicite apparaissent avant ou en même temps que ceux de la fièvre typhoïde, le diagnostic devient un véritable problème.

Cette difficulté du diagnostic entre les deux affections provient de ce que, dans certaines formes anormales, l'appendicite peut simuler la fièvre typhoïde, et que, surtout à son début, la fièvre typhoïde peut présenter toutes les allures d'une appendicite.

Passons rapidement en revue ces deux éventualités.

1° FORMES ANORMALES DE L'APPENDICITE SIMULANT LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Ce sont tantôt des appendicites chroniques d'emblée, avec ballonnement considérable du ventre et température persistante, tantôt des appendicites débutant au cours d'une entéro-colite, et s'accompagnant d'une diarrhée considérable.

2° FORMES ANORMALES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE SIMULANT L'APPENDICITE.

Tantôt on a affaire à des formes atténuées de la dothiéntérie avec prédominance des signes abdominaux; tantôt à ces cas à début brusque, à allure inquiétante, avec phénomènes de réaction péritonéale, forme que l'on rencontre surtout chez l'enfant.

Lorsque, dans ces formes anormales, on s'est prononcé pour la fièvre typhoïde, il reste encore à apprécier la part qui peut revenir dans la symptomatologie aux lésions possibles de l'appendice.

Le problème se pose donc, somme toute, de la façon suivante :

1° Distinguer l'appendicite de la fièvre typhoïde.

2° Apprécier l'association des deux affections.

Pour le résoudre, il faut s'appuyer sur *l'analyse des signes cliniques* et sur *les procédés de laboratoire*.

A. — Analyse des signes cliniques

« Il est très important, » dit CUSHING (1), « pour l'opérateur qui veut intervenir d'une façon utile dans les cas de complications intestinales de la fièvre typhoïde, de se familiariser avec les différentes modalités d'aspect que peut présenter l'abdomen du typhique en général; et les chirurgiens à qui leurs collègues médecins donnent l'occasion fréquente d'observer les symptômes abdominaux présentés par les typhiques, sont dans des conditions particulièrement avantageuses quand il s'agit d'opérer un cas semblable.

Il y a quelques années, le Pr OSLER proposa au chirurgien de garde (*resident-surgeon*) de suivre la

(1) Harvey Cushing, M. D. — Associate in Surgery, the Johns Hopkins University (Baltimore).

Traduction de l'américain par M. P. Lecène, interne des Hôpitaux.
In Arch. gén. de méd., 1901.

visite du médecin de garde (*resident-physician*) ; et il y a trois ans, lorsque nous commençâmes à suivre cette visite quotidiennement, nous fûmes surpris de voir combien étaient variés les symptômes abdominaux présentés par les malades.

Souvent nous les vîmes, au cours de la maladie, présenter un état particulier de l'abdomen qui aurait pu faire croire, faute d'expérience, à des lésions péritonéales sous-jacentes, alors que le médecin, plus familiarisé avec de pareils cas, avait appris à les considérer comme sans valeur.

Par exemple, la rigidité du ventre observée parfois après l'immersion dans le bain ; les phénomènes causés par les troubles intra-thoraciques, surtout pleuro-diaphragmatiques ; les symptômes précoces de l'hémorragie ; ceux qui accompagnent les complications méningées ; ceux qui annoncent la thrombose iliaque ; tous phénomènes qui, chez des malades dont l'examen objectif seul peut compter, pourraient à première vue paraître indiquer une opération. Comme les symptômes peuvent être très variés, sans qu'il y ait de lésions péritonéales coexistantes, il est de la plus haute importance, pour le chirurgien appelé à voir un cas où l'on craint une perforation, non seulement d'être familiarisé avec l'aspect de l'abdomen du typhique en général, mais encore d'avoir eu déjà l'occasion d'examiner en particulier le malade auprès duquel il est appelé.

« A peu d'exceptions près, dit CUSHING, les cas récents de perforations que nous avons observés dans

le service du P^r OSLER, avaient été tenus pour suspects plusieurs jours avant que la perforation se produisit. Nous devons ajouter ici que nous ne parlons pas des cas de perforation de *l'appendice*, qui, au cours comme en dehors de la fièvre typhoïde, donnent généralement lieu à des signes suffisamment précoces pour que l'intervention chirurgicale puisse être efficace. Nous ne nous occupons que des perforations¹ de l'iléon, beaucoup plus graves, et malheureusement plus fréquentes, et qui demandent une intervention encore bien plus rapide. Nos 5 cas suivis de succès ont trait à des perforations de l'iléon. Dans un cas, nous avons trouvé et opéré un *appendice* enflammé sans perforation, qui était la cause des symptômes abdominaux observés... »

« La moindre plainte du malade, dit Cushing, les vomissements, le hoquet, la sensibilité exagérée ou la rigidité de la paroi abdominale, le moindre symptôme, si minime qu'il paraisse, doit être relevé dans l'observation *bi-quotidienne* du typhique : tout symptôme abdominal inquiétant doit être immédiatement noté par l'infirmier, si le médecin de garde est absent au moment où ce symptôme se produit.

Dans les cas graves, il faut examiner fréquemment (parfois toutes les 2 heures) le pouls et la température ; et faire à des intervalles réguliers l'examen du sang pour établir le nombre normal des leucocytes en circulation, et cela par le même procédé que celui employé pour la *réaction de WIDAL*. »

L'étude des signes cliniques a été l'objet de la thèse

de BAYER (1). Nous en résumerons les points importants.

Les symptômes du début de la fièvre typhoïde (*céphalalgie, épistaxis, insomnie, délire*), presque caractéristiques par leur ensemble, manquent dans beaucoup de formes anormales de cette maladie.

D'autre part, le dicrotisme du pouls, la bronchite congestive des bases, les taches rosées lenticulaires, le faciès typhique, tous signes d'une grande valeur, présentent une apparition tardive.

Il ne reste donc pour se guider les premiers jours que les *symptômes abdominaux* et certains *signes généraux*.

Parmi les *signes abdominaux*, le gargouillement de la fosse iliaque, l'hypéresthésie cutanée ne présentent aucune valeur.

Il n'en est pas de même de la *douleur* et de la *contracture musculaire*, que l'on doit analyser avec soin.

La *DOULEUR* de la fosse iliaque droite est très fréquente dans la fièvre typhoïde, mais elle est d'une *intensité peu considérable, lancinante, et diffuse* dans la fosse iliaque.

Dans l'appendicite, elle débute *brusquement*; elle est nettement *limitée au point de Mac-Burney*; la palpation la plus légère la réveille avec une grande intensité; elle est *exquise*; enfin elle est *constrictive et pongitive*.

Malheureusement ces caractères sont variables. Le

(1) Bayer. — Appendicite et fièvre typhoïde, *Thèse de Paris* 1901.

siège de la douleur peut varier comme celui de l'appendice ; dans les formes graves, elle peut se diffuser rapidement, ou faire presque défaut.

La DÉFENSE MUSCULAIRE de l'abdomen est rare dans la fièvre typhoïde. Lorsqu'elle existe, au début, alors que le météorisme est peu marqué, et qu'elle siège surtout à droite, elle doit faire penser à des lésions de l'appendicé.

Mais dans les appendicites suraiguës, avec perforation rapide de l'appendice, cette contracture peut, dès le début, faire défaut, en même temps que le ventre se ballonne rapidement (1).

Les VOMISSEMENTS, beaucoup plus fréquents dans l'appendicite que dans la fièvre typhoïde, existent cependant parfois au début de celle-ci, en particulier chez les enfants.

Enfin, la *diarrhée fétide* de la dothiéntérie est rare au début, et succède souvent à une période de constipation ayant duré plusieurs jours.

Quant à la TEMPÉRATURE, sa courbe spéciale ne s'affirme qu'au bout de plusieurs jours ; et encore doit-on se rappeler combien elle est irrégulière dans la fièvre typhoïde de l'enfance.

On le voit, pris isolément, il n'est pas de symptôme qui puisse, dans les cas difficiles et pendant les

(1) Voir *thèse* de Siron, Paris 1898. Obs. XI, XVII, XVIII, XIX.

premiers jours, faire distinguer une appendicite d'une fièvre typhoïde.

C'est de l'ensemble des signes que le clinicien doit tirer ses présomptions.

C'est ainsi que M. Moizard attache une importance considérable à l'ensemble de l'état général. « Dans le cas de fièvre typhoïde, dit-il, les signes généraux n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui se manifestent dans une appendicite grave d'emblée. »

En ce qui concerne les appendicites para-typhoïdes en particulier, avec ou sans péritonite appendiculaire, empruntons au P^r DIEULAFOY (1) la description des signes qui permettent de les distinguer des péritonites typhoïdes par perforation intestinale.

« Elles ont il est vrai, dit-il, bien des symptômes qui leur sont communs avec les péritonites par perforation : il est néanmoins possible de les distinguer.

L'appendicite survient généralement à une époque où le convalescent est plus apte à se rendre compte de ce qu'il éprouve ; aussi peut-on mieux analyser chaque symptôme, et préciser plus nettement le lieu d'élection de la douleur (*point de Mac-Burney*) ; on peut plus facilement se rendre compte de la défense du muscle sous-jacent et de l'hyperesthésie de la région.

De plus, l'appendicite ne s'annonce pas, comme bon nombre de perforations intestinales, par une

(1) Dieulafoy. — *Bull. de l'Acad. de med.* (Séance du 20 octobre 1896).

chute brusque de la température ; elle provoque au contraire une *ascension de température* ; et la fièvre reparait, si elle avait jusque là disparu.

Donc si un malade, arrivé au déclin ou à la convalescence de la fièvre typhoïde, est pris de douleurs localisées à la région appendiculaire avec les signes que nous connaissons ; si ce malade est pris en même temps de nausées, de vomissements, de fièvre, *d'élévation de la température*, ces symptômes plaident en faveur de l'appendicite et éloignent presque certainement l'idée d'une perforation intestinale. »

B. — **Procédés de laboratoire**

L'examen clinique peut être corroboré par de multiples procédés de laboratoire.

Nous en donnerons ici une rapide énumération.

I. — **Examen des urines**

URO-DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Pour M. Robin (1), l'ensemble des caractères suivants rend plus que probable le diagnostic de fièvre typhoïde :

1° Coloration bouillon de bœuf, avec reflets verdâtres, de l'urine.

2° Albuminurie modérée, mais constante.

3° Disparition de l'uro-hématine.

(1) *In thèse* Masbrenier — 1901.

4° Présence d'indican indépendante des signes intestinaux concomitants.

5° Persistance ou augmentation de l'acide urique.

6° Absence d'uro-érythrine.

7° Diminution des phosphates terreux.

Cependant, pour M. Robin lui-même cet uro-diagnostic est assez souvent en défaut.

1° INDICANURIE. — Elle est constante dans la fièvre typhoïde et l'appendicite, comme dans toute infection intestinale. Mais tandis qu'elle existerait abondante dans les premiers jours de l'appendicite, elle atteindrait au contraire son maximum dans la fièvre typhoïde pendant la convalescence (1).

2° TOXICITÉ URINAIRE. — Dans l'appendicite, la toxicité des urines augmente dès le début, en même temps que leur densité et leur coloration ; dans la fièvre typhoïde, au contraire, c'est au moment de la convalescence que se produit la décharge urotoxique (2).

3° DIAZO-RÉACTION D'EHRlich (1882). — D'après EHRlich, Rivier (3), Clémens (4), Læper et Oppenheim (5), *l'absence de diazo-réaction* constatée à plusieurs reprises, du cinquième au dixième jour d'une affection fébrile, doit faire écarter presque à coup sûr

(1) Motta Cocco. — *Gaz. med. di Torino*, 1899, n°s 10 et 11.

(2) Lannelongue et Gaillard. — *Acad. des Sc. In Sem. méd.* 19 juin 1890.

(3) Rivier. — *Thèse de Paris*, 1898.

(4) Clémens. — *W. med. Bl.* 1899.

(5) Læper et Oppenheim. — *Gaz des Hôp.* 25 mai 1901.

l'idée d'une fièvre typhoïde. La *réaction positive*, au contraire, ne présente aucune valeur : elle est commune à beaucoup d'affections, au nombre desquelles se trouve l'appendicite.

4° RÉACTION DE JACQUOMET. — D'après JACQUOMET, la réaction étherée de l'albumosurie serait *constante dans la fièvre typhoïde*, et le plus souvent dès les premiers jours. On ne connaît pas encore sa fréquence dans l'appendicite. Positive dans une des observations que nous rapportons plus loin, elle fut négative dans une autre (1).

II. — Examen du sang

A. — GLOBULES BLANCS

1° MODIFICATIONS QUANTITATIVES.

Tandis que dans l'appendicite on trouve de l'*hyperleucocytose* comme dans toutes les phlegmasies, dans la fièvre typhoïde, au contraire, le nombre des leucocytes est normal ou tend à diminuer (2). Si au cours d'une fièvre typhoïde on trouve de l'*hyperleucocytose*, on peut affirmer l'existence d'une complication phlegmasique.

« La question de la leucocytose, dit CUSHING (3), est très intéressante et a une grande importance. Mais

(1) Voir Sicard. — *Presse méd.* 16 octobre 1901. »

(2) Picchi et Pieraccini. — *Sperimentale* LV. I.

(3) Cushing. — *Loco citato*.

sa valeur dépend uniquement de son interprétation ; car si l'on se contente d'un seul examen du sang, on n'a qu'un renseignement inutile qui peut même parfaitement conduire à une erreur.

SHAYER a démontré il y a quelques années qu'il y a souvent, au cours de la fièvre typhoïde, une *hypo-leucocytose* variant de 3000 à 4000 globules blancs. Aussi faut-il connaître dans chaque cas le degré individuel de leucocytose présenté par chaque individu, et en prendre un tracé pendant la maladie. Lorsqu'il se produit une complication pour laquelle le degré de leucocytose peut être intéressant à connaître, c'est en comparant avec les autres numérations que l'on juge, et non pas en se basant sur le nombre absolu des leucocytes en circulation au moment de cette complication.

Si par exemple on compte alors 10000 à 12000 leucocytes par millimètre cube, cela peut signifier qu'il y en a 2 ou 3 fois plus qu'aux autres numérations. Par contre cette augmentation du nombre des globules blancs peut ne pas être permanente et durer seulement quelques heures ; il se produit alors une *poussée de leucocytose*, qui disparaîtra rapidement avec l'apparition d'une *péritonite diffuse*.

Généralement les cas dans lesquels une *péritonite grave* s'est déclarée ne présentent pas de leucocytose ; bien que cependant celle-ci puisse persister dans des formes vérifiées de *péritonite*. Jamais nous n'avons manqué de constater sa présence dans le cas où nous avons trouvé les signes du *stade préperforatif*.

On est peut-être plus familiarisé avec les signes que l'on rencontre dans l'appendicite : dans cette affection le maximum de leucocytose est généralement atteint au début de la réaction péritonéale, avant que la perforation ne se fasse; bien qu'à ce moment la réaction leucocytaire soit souvent plus prononcée que dans la fièvre typhoïde. »

2° MODIFICATIONS QUALITATIVES.

On a prétendu que l'éosinophilie sanguine était un signe d'appendicite (1).

Lœper (2) a bien montré que les variations des leucocytes dans le sang sont parallèles à l'état local de l'appendice.

L'éosinophilie sanguine est un signe pronostic et non diagnostic. Il s'observe à la terminaison des états infectieux toutes les fois que l'organisme sort victorieux de la lutte (3). C'est ainsi que dans la fièvre typhoïde, où les éosinophiles ont diminué ou disparu tout à fait au cours des périodes d'ascension et d'état, ils réapparaissent dès que la fièvre tombe, et augmentent pendant la convalescence.

Weiss (4) a signalé la possibilité de faire le dia-

(1) Laignel-Lavastine. — Soc. anat. — Novembre 1900.

— Soc. méd. des Hôp. — 19 avril 1901.

(2) Lœper. — Soc. anat. — Janvier 1900. — 24 mai 1901.

(3) Tuffier. — *Sem. méd.* — 26 juin 1901.

(4) Weiss. — Amer. med. Assoc. — *In Med. Record.* — 23 juin 1900.

— Journ. of Amer. med. Assoc. — 24 novembre 1900.

gnostic entre la fièvre typhoïde et l'appendicite suivant le mode de coloration des globules blancs dans le sang traité par l'iode.

Si une goutte de sang recueillie aseptiquement est soumise à l'action de l'iode, à l'état normal les globules rouges deviennent jaunes, les globules blancs restent incolores ; à l'état pathologique, s'il y a une suppuration, les polynucléaires se colorent, tandis que les éosinophiles restent incolores.

On pourrait ainsi diagnostiquer l'appendicite et la pérityphlite de la fièvre typhoïde, et cette réaction a permis à Weiss de préciser le diagnostic dans un cas difficile.

B. — GLOBULES ROUGES

On observe dans la fièvre typhoïde une diminution progressive du nombre des *hématies*, et une diminution moindre du taux de l'*hémoglobine* (1).

C. — SÉRUM

1° FIBRINE-DIAGNOSTIC.

Dans l'appendicite, on voit, au bout de quelques minutes, se former, entre les piles d'hématies, un reticulum de fibrilles épaisses, auxquelles on peut souvent discerner un double contour.

Dans la fièvre typhoïde, le réseau fibrineux fait

(1) Muchleck. — Philadelphie med. Journ. — 20 mai 1899.

défaut, ou du moins se trouve réduit à des fibrilles très ténues situées dans les lacunes interglobulaires.

2° SÉRO-DIAGNOSTIC DE WIDAL.

Si on emploie une dilution au moins à 1/30, et si on suit la réaction pendant un laps de temps qui peut atteindre 2 heures, la *séro-réaction positive* possède une haute valeur.

Son *absence*, au contraire, ne doit infirmer en rien le diagnostic de dothiéntérie, et cela pour deux raisons :

1° La séro-réaction apparaît au plus tôt du septième au huitième jour de la fièvre typhoïde, quelquefois beaucoup plus tard.

2° Elle peut, dans certains cas, qui sont cliniquement des fièvres typhoïdes, faire défaut, sans qu'on ait pu élucider pourquoi.

III. — Recherche du bacille d'Eberth dans le sang et dans les selles.

Les ensemencements de sang retirés par *ponction de la rate* sont faciles à pratiquer, mais cette manœuvre est loin d'être sans danger.

Quant à la recherche du bacille dans les selles, elle exige l'emploi de milieux de culture spéciaux (*gélatine phéniquée*, *milieu d'Elsner modifié*), et n'est encore utilisable que dans un laboratoire.

De tous ces procédés de laboratoire, l'un est très facile à exécuter : c'est le *fibrine-diagnostic*.

Il permet en même temps de se rendre compte du nombre de globules blancs du sang.

S'il est positif avec *hyperleucocytose*, on pourra affirmer qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde ; ou que, s'il y a fièvre typhoïde, il y a en même temps une complication phlegmasique, une suppuration.

De plus, l'examen *qualitatif* des globules blancs pourrait même donner des renseignements sur la *gravité* des lésions.

A une période avancée de l'affection, la *diazo-réaction* donnera de précieuses indications ; le *séro-diagnostic* donnera la certitude.

IV. — Recherche des bacilles contenus dans le liquide de l'appendice et dans la sérosité environnante.

A l'état normal, la flore bactérienne de l'intestin et de l'appendice ne contient que rarement le *streptocoque* ; mais à l'état pathologique, surtout dans la fièvre typhoïde, il n'en est plus de même, et souvent ce micro-organisme y abonde.

Une *péritonite à streptocoques* qui a commencé à se diffuser depuis plusieurs heures, est actuellement au-dessus des ressources de la chirurgie (1).

De même, la présence du streptocoque dans l'appendice augmente sensiblement la gravité des affec-

(1) Cushing. — *Loc. cit.*

tions de cet organe, dont l'agent pathogène *normal* est le coli-bacille.

Il sera donc intéressant et utile de savoir exactement si le coli-bacille est à l'état de pureté dans le liquide appendiculaire, ou, dans le cas contraire, à quelle association microbienne on a affaire.

Ces mêmes méthodes, qui viennent au secours de la clinique pour permettre de distinguer dans les cas difficiles la fièvre typhoïde et l'appendicite, peuvent-elles nous aider, au cours même d'une dothiérien-térie, à savoir si l'appendice est atteint ?

Elles le peuvent dans une certaine mesure. Dans le cas de péritonite généralisée ou de phlegmon iliaque, elles confirment la présence d'une suppuration dans l'organisme. Il pourrait en être de même si une appendicite banale, par infection secondaire, survenait au début de la maladie.

Mais pour les lésions congestives et ulcératives typhiques de l'appendice, les examens du sang et des urines ne nous donneront naturellement aucune indication.

On en sera donc réduit, pour ces cas, à l'analyse des signes cliniques.

Or ce qui nous a frappé surtout dans les observations que nous avons étudiées, c'est la disproportion fréquente entre les signes cliniques et les lésions appendiculaires.

Ce qui fait que dans certains cas, on a été amené,

en raison de symptômes menaçants, à opérer des typhiques dont l'appendice ne présentait que des lésions très légères. Dans d'autres cas, au contraire, terminés par la mort, les lésions ont été méconnues, ou l'intervention repoussée en raison du peu de gravité apparente des signes appendiculaires, masqués par ceux de la dothiéntérie.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

C'est surtout dans les cas où une fièvre typhoïde débute par des signes d'appendicite, qu'il est difficile de se poser une ligne de conduite.

On doit d'abord s'entourer de tous les moyens possibles de préciser le diagnostic.

Si l'on méconnaît la fièvre typhoïde, on se comportera comme en face d'une appendicite banale, et l'on ne sera tiré d'erreur que par l'évolution ultérieure de l'affection.

Si l'on réussit à reconnaître la dothiéntérie, doit-on rester sur l'expectative et attendre des phénomènes de péritonite pour agir ?

Doit-on, au contraire, faire abstraction de la présence de la fièvre typhoïde dans la détermination de l'acte opératoire ?

Il semble, en effet, que le traumatisme opératoire, réduit au minimum comme manœuvres et comme durée, qu'une anesthésie de quelques minutes, et l'ablation simple d'un appendice, ne puissent guère aggraver le pronostic d'une dothiéntérie.

D'autre part, on trouve relaté dans les observations, et on peut en faire la remarque en étudiant les cas que nous rapportons dans ce travail, que tous les signes péritonéaux graves (*comissements, douleur, contracture abdominale*), disparaissent du fait de l'intervention, même si l'appendice ne présentait pas de lésions très profondes. Si donc on ne considère pas la présence de la fièvre typhoïde comme une contre-indication, comme il est presque impossible d'apprécier le degré des lésions appendiculaires, on a à envisager l'alternative suivante :

1^o INTERVENIR DANS TOUS LES CAS.

Cela semble *logique*, mais c'est tout-à-fait *excessif*. Sans doute n'y a-t-il aucun inconvénient pour le malade à être débarrassé d'un appendice sain ou peu malade : c'est même une garantie de sécurité pour l'avenir :

« *Sublatâ causâ, tollitur effectus* »,
dit avec raison le P^r DIEULAFOY.

Mais tant que l'ablation systématique de cet organe dangereux ne sera pas entrée dans les mœurs, le chirurgien sera tenu, à moins de provocation directe de sa part, à de certains égards vis-à-vis de lui et de l'intégrité de la paroi abdominale. On se résoudra difficilement, quel que soit actuellement la bénignité d'une laparatomie exploratrice pratiquée par un opérateur habitué à la chirurgie abdominale, à exposer le malade aux inconvénients d'une intervention qui pourrait être évitée.

Citons ici pour mémoire l'avis de CUSHING (1), qui préconise la méthode d'exploration des cas douteux par l'*anesthésie locale*.

« L'habitude, dit-il, de faire à la cocaïne les cures radicales de hernie ou d'autres opérations abdominales chez des malades dont l'état général, soit à cause de l'état de choc, soit en raison de leur âge, de lésions chroniques pulmonaires ou rénales, contre-indique l'emploi d'un anesthésique général (2), et d'autre part la connaissance exacte de la distribution des nerfs de la paroi abdominale, nous permet d'ouvrir le ventre sans douleur. Une fois celui-ci ouvert, si l'on manie les viscères avec douceur, le malade ne souffre pas. »

2° N'INTERVENIR QUE SI LES SYMPTÔMES SONT TRÈS GRAVES.

C'est *illogique*, puisqu'on sait que les symptômes traduisent mal la gravité des lésions; et *dangereux* puisqu'on peut ainsi négliger un appendice qui, tout en ne donnant pas lieu à des signes très inquiétants, peut néanmoins être très altéré.

Quelle sera donc la ligne de conduite à tenir?

Nous croyons pouvoir la résumer ainsi :

1° Etant donné que les signes appendiculaires du

(1) Cushing. — Loco citato.

(2) Cushing prétend que la fièvre typhoïde est une contre-indication à l'emploi d'un anesthésique général. Le cadre de notre sujet ne nous permet pas de discuter cette question.

début de la fièvre typhoïde semblent dès le plus souvent à une congestion passagère de l'appendice, il est sage de surseoir à l'intervention pendant trente-six à quarante-huit heures au maximum. Dans un grand nombre de cas les symptômes alarmants auront cédé au bout de ce temps.

Mais si les symptômes d'appendicite *persistent*, si surtout au lieu de redevenir souple et ballonné, le ventre reste dur, contracturé, il nous semble dangereux de surseoir à l'opération.

On s'expose à ne pas évacuer une collection purulente, analogue à celle que l'on a trouvée dans une de nos observations (Obs. VI).

Parlant de l'appendicite banale le Professeur DIEULAFOY l'a dit :

« On ne se repent jamais d'avoir opéré l'appendicite ; on se repent souvent de n'avoir pas opéré ou d'avoir opéré trop tard.

Trop souvent, après guérison apparente, l'appendicite est là, menaçante, prête aux récidives, prête à la perforation, prête aux infections secondaires.

« *Hæret lateri lethalis arundo* »

Ces formules sont également applicables aux cas d'appendicite au cours de la fièvre typhoïde.

2° La décision à prendre est beaucoup plus simple lorsque des signes appendiculaires graves se montrent

(1) Dieulafoy. — *Man. de Path. int.* 13^{me} édit. 1901. T. II. p. 485.

à une période avancée de la maladie. Les lésions sont alors presque toujours graves, la perforation menaçante, et l'intervention immédiate s'impose.

Elle doit être faite d'une façon précoce, avant que la toxi-infection ait eu le temps de faire son œuvre.

« *Temporiser c'est exposer le malade à la mort* ». (1)

Cet aphorisme du P^r DIEULAFOY sur le traitement de l'appendicite banale, est aussi parfaitement applicable au cas qui nous occupe, la concomitance de la fièvre typhoïde ne devant pas être considérée comme une contre-indication à l'opération.

On ne bornera pas son exploration à l'appendice; on recherchera en même temps, sur les parties voisines de l'intestin, si l'on ne trouve pas d'autres traces de perforation; car on sait que dans de nombreux cas les perforations typhiques sont multiples.

Il est certain que si l'on rencontre, en même temps que des lésions appendiculaires, une ou plusieurs perforations intestinales, le succès final devient bien aléatoire et le pronostic s'assombrit.

Mais si les lésions ne siègent que sur l'appendice, et que le chirurgien n'ait pas à suturer un intestin ulcéré et perforé, mais tout simplement à pratiquer une appendicectomie banale, l'opération est singulièrement simplifiée: elle ne présente alors plus aucune difficulté pour le praticien expérimenté, et l'on est en droit d'en attendre le meilleur résultat.

(1) Dieulafoy. — *Loco citato*.

Quoi qu'il en soit, dès l'ouverture du ventre, il faut, si l'on trouve des traces évidentes de péritonite ou un liquide quelconque, en recueillir une petite quantité à l'aide d'une pipette, et faire procéder immédiatement à quelques préparations bactériologiques, que l'on examinera de suite ; car le fait de savoir, même *grosso modo*, quels sont les micro-organismes rencontrés, peut guider le pronostic et avoir une influence considérable sur le traitement.

La question du drainage est de la plus haute importance. Principalement lorsqu'on aura trouvé des plaques de Peyer paraissant présenter une tendance à la perforation, il sera sage de placer un drain auprès d'elles, ou même, si possible, de les enfouir sous une suture.

A part ces considérations spéciales relatives au sujet que nous traitons, nous n'avons pas à indiquer ici le manuel opératoire de l'appendicectomie *au cours de la fièvre typhoïde* : il ne diffère pas autrement de celui de l'intervention ordinaire.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

Le médecin ne devra pas hésiter, au premier symptôme inquiétant, à prévenir le chirurgien dont l'intervention, si elle arrive à temps, sauvera beaucoup de malades.

Il y a dans le cas que nous étudions quelque chose de comparable aux accidents péritonéaux qui surviennent dans le cours de la puerpéralité. Là encore, il y a quelques années, on faisait peu volontiers la laparotomie. Mais on s'est aperçu que les accidents péritonéaux dans la puerpéralité peuvent être dûs à d'autres causes que l'état puerpéral, et les interventions ont découvert quelquefois des appendicites ou d'autres lésions viscérales, plus facilement curables que la péritonite puerpérale.

En présence d'une nouvelle accouchée infectée, dont l'infection résistait aux moyens intra-utérins, on hésitait à ouvrir le ventre, parce que les résultats étaient généralement peu brillants. La possibilité des infections péritonéales concomitantes a enhardi les chirurgiens ; et aujourd'hui on connaît un assez grand nombre de cas où le drainage du péritoine dans la puerpéralité, a été suivi de succès ; soit qu'on eût enrayé l'infection péritonéale venue de l'utérus, soit qu'on eût enlevé un appendice ou un kyste tordu, qui avaient provoqué les accidents péritonéaux.

De même, en présence d'un typhique chez qui on suppose une perforation, ou se trouve dans l'alternative suivante.

Ou bien il y a une perforation réelle, et l'intervention, quoique très rationnelle et justifiée par un certain nombre d'heureux résultats, enregistrés dans la littérature médicale française et étrangère, a évidemment, il ne faut pas se le dissimuler, des chances nombreuses d'insuccès.

Ou bien les accidents observés sont dus à une lésion appendiculaire, et alors les chances de succès augmentent dans une proportion considérable.

Enadmettant qu'on ne puisse, dans certains cas, préciser le diagnostic, la possibilité seule d'une appendicite *curable* incitera le chirurgien à prendre le bistouri.

Il est probable qu'ainsi on entamera plus souvent la lutte contre les accidents *attribuables* à la perfo-

ration typhique, et qu'à l'avenir un grand nombre de cas *d'appendicite au cours de la fièvre typhoïde* cesseront d'appartenir à l'amphithéâtre pour devenir des cas opératoires.

Vu :

Le Président :

TERRIER.

Vu :

Le Doyen :

DEBOVE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le D^r GOSSET)

ANGÈLE L..., 26 ans, infirmière, entre le 27 septembre 1903 dans le service de M. le D^r LION, à LA PITIÉ, pour fièvre typhoïde.

Elle n'a jamais eu antérieurement de crises d'appendicite.

Au bout d'un mois environ, elle présente des phénomènes péritonéaux rappelant une *perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde*, et est transférée le 1^{er} novembre dans le service de M. le P^r TERRIER.

Opération d'urgence pratiquée par M. ALGLAVE.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On ne trouve ni gaz ni liquide dans la cavité péritonéale, mais seulement, au niveau de la terminaison de l'iléon, quelques fausses membranes.

On conclut à une *péritonite par propagation*.

On se contente de drainer la cavité péritonéale, et la malade guérit.

Elle reprend le 25 janvier son service d'infirmière, et sa santé paraît se maintenir bonne pendant quelques mois.

Tout à coup, le 10 avril 1904, à 4 heures du matin, elle est prise *brusquement* d'une douleur péri-ombilicale extrêmement vive, et de vomissements.

M. GOSSET la voit à 10 heures du matin.

La température est à 39° 1, le pouls à 120.

A l'examen du ventre, on trouve toute la fosse iliaque droite douloureuse, avec un maximum de douleur au *point de Mac-Burney*. Hyperesthésie cutanée à ce niveau, et légère défense de l'abdomen.

M. GOSSET porte le diagnostic de *crise appendiculaire*, et pense que la première fois qu'on l'a opéré, pendant sa fièvre typhoïde, il s'agissait également alors, non pas de *péritonite par propagation*, mais bien d'une *crise d'appendicite au cours d'une fièvre typhoïde*.

Pour M. GOSSET, il s'agit donc encore à l'heure actuelle d'une *deuxième crise d'appendicite* présentée par cette fièvre typhoïde.

L'opération a lieu à 11 heures du matin, 7 heures par conséquent après le début des accidents péritonéaux.

Opérateur : M. GOSSET. — *Chloroformisateur* : M. le Dr PERRONET.

Incision de JALAGUIER.

On arrive sur l'appendice, qui est *augmenté de longueur* (12 cm.), *tuméfié, congestionné*, et *libre* dans le péritoine.

Autour de l'appendice, on trouve une cuillerée à bouche de liquide louche.

Une partie de ce liquide est recueillie dans une cuvette.

Puis on se met en devoir d'enlever l'appendice.

Pour cela, on place une ligature sur le méso-appendice ; puis à la base de l'appendice on sectionne la séro-muscleuse de façon à constituer une manchette, et on lie au catgut fin le tube muqueux de l'appendice ; section de l'appendice au thermo-cautère au-dessus de la ligature au catgut ; et finalement enfouissement du moignon de l'appendice sous un surjet.

Deux gros drains sont mis dans la fosse iliaque droite en contact avec le cæcum et on referme la paroi avec du catgut.

En somme, opération très simple,

SUITES OPÉRATOIRES.

10 avril. — On fait une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum.

Matin { Température : 39°1
(avant l'opération) { Pouls : 120

Soir { T. : 38°1
 { P. : 118

11 avril. — Matin { T. : 37°1
 { P. : 98

Soir { T. : 37°6
 { P. : 104

12 avril. — Matin { T. : 38°2
 { P. : 98

Soir { T. : 38°5
 { P. : 107

Injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum.
La malade a rendu des gaz.

13 avril. — Matin { T. : 37°7
 { P. : 96

Soir { T. : 38°
 { P. : 105

Une selle est obtenue après lavement.

14 avril. — Matin { T. : 37°1
 { P. : 87

Soir { T. : 37°5
 { P. : 94

15 avril. — Matin { T. : 36°9
 { P. : 84

Soir { T. : 37°6
 { P. : 86

Changement des drains.

Une selle est obtenue sans lavement.

16 avril. — Matin } T. : 36°9
 } P. : 84
 }
 } T. : 37°
 } P. : 85

Ablation d'un drain.

Selle sans lavement.

17 avril. — Matin } T. : 36°8
 } P. : 82
 }
 } T. : 36°9
 } P. : 83

18 avril. — Matin } T. : 36°8
 } P. : 83
 }
 } T. : 37°5
 } P. : 85

Lavement suivi de selle.

19 avril. — Matin } T. : 36°9
 } P. : 85
 }
 } T. : 37°2
 } P. : 88

Ablation des fils superficiels et profonds.

20 avril. — Matin } T. : 36°8
 } P. : 88
 }
 } T. : 36°9
 } P. : 86

Selle sans lavement.

A partir de ce jour, la température se maintient continuellement entre 36°4 et 37°, et le pouls ne dépasse pas 84.

22 avril. — Selle sans lavement.

24 avril. — Changement du drain, qu'on remplace par un plus petit.

4 ventouses scarifiées et des ventouses sèches sont appliquées à la malade pour la soulager d'une douleur extrême-

ment vive qui l'avait prise brusquement dans le dos, avec pâleur de la face et cyanose des extrémités. Cette douleur, inexpliquée, disparut deux heures après.

26 avril. — Changement du drain pour un plus petit.

29 avril. — Ablation du drain.

La malade guérit rapidement. Elle reprend deux mois après l'opération ses fonctions d'infirmière dans le service de M. TERRIER, où nous la voyons le 11 juin.

Elle nous déclare se porter parfaitement, et ne ressentir que parfois une légère douleur dans le ventre, lorsqu'elle est très fatiguée par son travail.

À l'examen bactériologique, pratiqué après la deuxième opération, le liquide louche recueilli autour de l'appendice avait été reconnu *absolument aseptique* ; quant au liquide contenu dans l'appendice, il renfermait des *coli-bacilles* et des *streptocoques*, mais *pas de bacilles d'Eberth*, *pas d'anaérobies*.

En résumé, il s'agit donc là d'une malade qui, *au cours d'une fièvre typhoïde*, a présenté une première fois des phénomènes péritonéaux dans la fosse iliaque droite, phénomènes qui, à tort, ont fait croire à une *péritonite par perforation*. La laparotomie n'ayant pas fait découvrir la moindre perforation, on s'était rejeté, faute de mieux, sur une *péritonite par propagation*.

La suite de l'observation montre bien qu'il s'agit tout simplement d'une malade ayant fait, *au cours d'une fièvre typhoïde*, une *appendicite banale* ; et la preuve c'est que 5 mois après, elle est opérée pour les mêmes accidents, et cette fois l'appendicite est manifestement reconnue.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le D^r GOSSET

THÉRÈSE V..., 18 ans, entre le 14 mars 1904, à l'hôpital temporaire du BASTION 29, dans le service de M. le P^r CHANTEMESSE, pour *fièvre typhoïde*.

Après une évolution sensiblement normale de la maladie, un mieux sensible se manifeste à la fin d'avril, tout à coup suivi d'une *rechute*.

Le 2 mai, la température est à 40°4 le matin et 40°2 le soir ; le pouls moyen à 126.

Le 3 mai, à 5 heures 1/2 du matin, la température étant à 39°7, on met la malade dans un bain.

Elle y est depuis 10 minutes, lorsque, brusquement, elle ressent une douleur extrêmement vive dans le ventre, douleur qui lui arrache des gémissements.

En même temps, elle est prise d'un frisson, et on voit apparaître une cyanose assez accentuée.

La malade est aussitôt retirée du bain. Elle grelotte, claque des dents et gémit continuellement. Les douleurs abdominales sont toujours très intenses, et s'exagèrent par la palpation, surtout à droite.

Le ventre se ballonne de plus en plus.

La défense musculaire est très accusée.

La matité hépatique est remontée.

La température est à 37°4, le pouls à 128.

La malade est prise de nausées à deux reprises différentes, et la seconde fois même elle vomit un peu. Elle est anxieuse, et son facies est légèrement grippé.

A 7 heures du matin, T. : 37°6, P. : 128.

A 8 heures — T. : 40°3, P. : 130.

A 9 h. 1/2 — T. : 40°8, P. : 134.

On fait une injection sous-cutanée de 500 cmc. de sérum.

A 10 h. 1/4, le D^r GOSSET arrive, voit la malade et décide l'opération d'urgence, qui est commencée à 10 h. 1/2.

LAPAROTOMIE.

Il n'y a pas de perforation.

On trouve quelques plaques de Peyer indurées.

L'appendice est *turgescant*, surtout au sommet, et aplati à sa base.

M. GOSSET pratique l'ablation de l'appendice.

A 10 h. 50 l'opération est terminée.

On administre à la malade 500 cmc. de sérum en injection sous-cutanée.

A 11 h. 50, la température est à 40°; le pouls, faible, est à 116.

La malade repose; la respiration est régulière. L'après-midi se passe sans incidents.

A 1 heure du matin, la température est à 39°5; le pouls, bien frappé, est à 120.

SUITES OPÉRATOIRES. — 4 mai. — L'état général est bon; la température baisse (matin = 39°8, soir = 39°6; le pouls est bon, peu rapide: moyenne de la journée = 100.

Il n'y a pas eu de vomissements; mais seulement quelques douleurs dans le ventre.

5 mai. — L'amélioration continue. La température et le pouls baissent.

T. m. = 38°5, T. s. = 39°3, P. moyen = 90.

Le ventre n'est pas douloureux.

On ne touche pas au pansement.

6 mai. — L'état général est toujours bon jusque vers 5 h. du soir. A ce moment se déclare brusquement une hémorragie intestinale abondante qui dure toute la nuit jusqu'au lendemain matin.

T. m. = 39°1, T. s. = 40°4, P. moyen = 104.

7 mai. — On fait à la malade une injection de 500 cmc. de sérum, et on lui administre 6 grammes de chlorure de calcium.

Le pouls reste bon, bien frappé. Il y a peu de **pâleur** de la face.

Dans l'après-midi on fait le pansement. Le ventre est en parfait état, très souple et n'est pas douloureux.

Le suintement par le drain a été presque nul

On remplace le gros drain par un autre, tout petit ; et on recouvre la plaie de compresses sèches.

T. m. = 38°5, T. s. = 39°6, P. moyen = 106.

8 mai. — Il s'écoule encore un peu de sang, reste de l'hémorragie de l'avant-veille.

L'état général reste bon, ainsi que les 2 jours suivants.

T. m. = 39°1, T. s. = 39°4, P. moyen = 112.

9 mai. — T. m. = 39°2, T. s. = 39°8, P. moyen = 124.

10 mai. — T. m. = 39°5, T. s. = 39°6, P. moyen = 124.

11 mai. — La malade accuse une douleur à la gorge.

On constate sur les amygdales des taches grisâtres ; et à l'examen microscopique sur une préparation directe, on trouve des *bacilles de Loëffler* et du *muguet*.

La malade est transférée immédiatement dans le service de *diphthérie*.

T. m. = 39°4, T. s. = 39°9, P. moyen = 124.

Dès lors l'état du pouls et de la température, influencé par la diphthérie, ne relève plus du sujet qui nous intéresse ; et il devient inutile de le mentionner ici en détail.

Du 12 au 17 mai, la température oscille entre 40° et 39°, et le pouls entre 120 et 112.

Du 17 au 20, la température varie entre 39° et 38° ; le pouls baisse progressivement de 112 à 96.

Du 20 au 23, la température oscille entre 37°8 et 36°8, et le pouls descend de 96 à 90.

A partir du 23, la température se maintient d'une façon constante au-dessous de 37° et le pouls ne dépasse plus 96.

Nous voyons la malade *le 10 juin* : elle est en convalescence de sa diphtérie, et parfaitement guérie de son appendicite.

Dans cette observation comme dans la précédente, il s'agit bien nettement d'une *crise d'appendicite au cours d'une fièvre typhoïde*.

Ajoutons que l'examen bactériologique avait décelé, dans le liquide de l'appendice, du coli-bacille et du streptocoque (?) mais pas de bacille d'Eberth.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Dr LANCE)

(Ex-interne des Hôpitaux de Paris)

X..., 28 ans, surmené depuis un mois par les préparatifs de son mariage qui devait avoir lieu dans le courant de décembre part pour Londres le 7 décembre 1901.

Il est très malade du mal de mer et vomit abondamment.

A son retour, il présente des phénomènes *d'embarras gastrique*, des maux de tête, et se purge 3 jours de suite.

Le 15 décembre, éclate une douleur très violente dans le ventre.

Le médecin constate la présence du *point de Mac-Burney* très net, avec hyperesthésie de la peau.

Mais il n'y a que très peu de défense musculaire de la paroi.

Constipation depuis plusieurs jours.

T. 39°5.

Pensant à une *appendicite*, il fait venir un chirurgien qui est du même avis, mais juge qu'il n'y a pas lieu d'intervenir immédiatement, en raison de l'absence de défense de la paroi.

On met de la glace sur le ventre du malade.

Les jours suivants, l'état reste identique. La constipation est absolue.

La température varie autour de 38°5 le matin, 39°5 le soir.

Le 19, le malade est transporté dans une maison de santé.

En présence de la persistance de la fièvre, on pense à la coexistence d'une *dothiéntérie*.

Le diagnostic est confirmé le 21 décembre par l'apparition d'une éruption de taches rosées lenticulaires, remarquable par son abondance : elle occupe non seulement l'abdomen, mais le thorax, le dos, la racine des cuisses.

En même temps, les phénomènes d'appendicite s'atténuent ; la douleur disparaît.

A la suite d'administration de petits lavements, la diarrhée s'établit.

On institue le traitement par les bains froids.

Les jours suivants, la lèvre devient sèche, trémulante, le délire s'installe, la maladie prend les allures d'une forme *ataxo-adynamique*.

22 décembre. — Epistaxis répétées.

25 décembre. — A 6 heures du soir se produit une abondante hémorragie intestinale.

La température, qui était à 40°, 7 le matin, tombe à 36°, 5.

A 8 heures du soir, nouvelle hémorragie très abondante. Une autre se produit une heure plus tard.

Le malade meurt à minuit.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le Dr Lance)

MADELEINE C..., 8 ans 1/2.

Arrive le 14 octobre 1901, à 2 heures de l'après-midi à l'hôpital HÉROLD. On n'a d'autres renseignements sur l'affection que le certificat du médecin, ainsi conçu : « Fièvre continue, sensibilité très grande de l'abdomen à droite, symptômes de *dothiéntérie*, ou *appendicite* possible. Un vomissement hier ».

La malade est dans une prostration complète. Facies terreux, plombé ; les yeux caves ; le nez un peu pincé.

Respiration courte, 44 par minute.

Pouls très petit, mou, dépressible, à 116.

Température = 40°.

Le ventre est uniformément ballonné ; un peu de submatité à droite ; pas de défense des droits ; le ventre n'est douloureux qu'en un point situé en dehors et au-dessus du *point de MacBurney*.

On reçoit l'enfant salle Ollier, lit n° 48.

Injection de sérum de 500 gr.

Le chirurgien de garde, appelé, juge une intervention immédiate nécessaire.

OPÉRATION à 4 heures.

Exécutée très rapidement.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ deux cuillerées à soupe de sérosité limpide, claire, couleur jaune pâle.

Les anses du grêle sont un peu rouges.

L'appendice est trouvé facilement : il est long, mince. On le sectionne au thermo-cautère. On n'enfouit pas le moignon pour ne pas allonger l'opération.

2 drains sont placés.

La nuit est agitée : délire, cauchemars.

Le lendemain seulement, on a, par les parents les détails suivants sur le début de l'affection.

Début le 7 octobre dans la soirée par des frissons, du tremblement.

8 octobre. — Frissons et violent mal de tête.

9 octobre. — Apparition d'une violente douleur dans le côté droit du ventre ; coliques intenses ; constipation. Au dispensaire, on ordonne une purgation.

10 octobre. — Deux vomissements, trois selles à la suite de la purgation.

Les jours suivants la douleur persiste. La diarrhée s'établit. Prostration extrême.

13 octobre. — L'enfant vomit, la diarrhée cesse.

Le lendemain le médecin conseille l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

SUITES OPÉRATOIRES très simples.

Le ventre reste douloureux jusqu'au 17 octobre, jour où on enlève les drains pour les remplacer par une mèche de gaze.

Il ne s'est écoulé du ventre qu'un peu de sérosité. Le lendemain on enlève la mèche et on panse à plat.

Pendant ce temps sont apparus tous les signes d'une fièvre typhoïde régulière. Le facies est typhique, l'enfant a du délire.

16 octobre. — Séro-diagnostic de WIDAL à 1/25 positif
à 1/50 positif

Diazo-réaction d'ERHLICH. positive

Réaction de JACQUEMET. positive

Pas d'albumine.

À partir du 16 octobre apparaissent des signes de myocardite qui sont rapportés autre part (1).

L'enfant succombe le 22 octobre malgré les injections de strychnine et des vessies de glace sur la région précordiale.

AUTOPSIE. — Cavité péritonéale saine. Moignon appendiculaire et ligature intacts.

Ulcérations typhiques dans le petit intestin.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE L'APPENDICE.

Pratiqué par M. ALQUIER, interne des hôpitaux.

Voici ce qu'il a constaté.

Aussitôt après l'opération,ensemencements avec le contenu de l'appendice Il ne pousse que des cultures de *staphylocoque doré* pur.

(1) Voir cette observation et l'examen histologique du cœur in *Thèse* de Calamet, 1902. Myocardite typhique chez l'enfant.

L'appendice est long de 6 centim. sur 5 millim. de diamètre ; ses parois sont congestionnées.

Le calibre intérieur est régulier ; il est perméable sur toute sa longueur.

Au niveau de son extrémité libre, on trouve une dilatation légère contenant des débris pulvérulents de matière fécale. La paroi y est épaissie sur 2 points gros comme la tête d'une épingle, et situés à 1 cm. environ de l'extrémité libre de l'organe. Ces points présentent une teinte noirâtre faisant penser à un début de sphacèle.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, après fixation par l'alcool absolu.

La tunique externe ne présente qu'une légère congestion muqueuse. Les glandes, parfaitement conservées, ne présentent pas d'autre lésion qu'une légère tuméfaction trouble des cellules.

Le chorion presque uniquement formé de cellules, dont un grand nombre arrondies, les autres possédant un corps protoplasmique muni de prolongements.

La couche folliculaire présente de l'hypertrophie des follicules qui forment une couche à peu près continue.

Les cellules lymphatiques des follicules sont presque uniquement des *lymphocytes* avec quelques petits *mononucléaires*.

Pas d'*éosinophiles*.

Un certain nombre de ces éléments se colorent mal (hématoxyline, éosine).

Leur protoplasma, finement granuleux, présente une couleur jaunâtre. Cet aspect ressemble à celui que donnerait une nécrose légère.

Au niveau des points noirs, on observe dans les follicules un nombre beaucoup plus considérable de cellules en voie de dégénérescence.

Cependant, on ne trouve ni sphacèle, ni pus véritable.

1 OBSERVATION V

(Communiquée par le D^r Lance).

M.... PAUL, 8 ans.

Vient le 17 avril 1902 à la consultation de l'hôpital HÉROLD.

Les parents racontent que depuis 8 jours environ il est souffrant, ne présente aucun appétit, et le soir est agité, brûlant, févreux.

Le 14 avril. Dans l'après-midi, il est pris subitement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Il est obligé de s'aliter.

Les 14, 15, 16 avril. La constipation est absolue.

L'anorexie est telle qu'il ne prend aucun aliment.

La fièvre et la douleur persistent.

On pense à une *appendicite*.

Le malade est reçu dans le service de M. ALBARRAN, salle Trélat, n° 2.

On constate la présence d'une défense musculaire très nette de toute la moitié inférieure de la paroi abdominale.

Au même niveau, hyperesthésie de la peau.

Point de Mac-Burney très net, que l'enfant indique d'un doigt.

Facies bon; teint un peu coloré.

Le malade n'est pas abattu et cause facilement.

T = 38°5, P = 100, bien frappé.

On ne juge pas une intervention immédiate nécessaire. On prescrit le repos absolu, une vessie de glace sur le ventre, et on n'autorise l'ingestion que de quelques gouttes d'eau bouillie glacée.

Le 18 avril. — M. ALBARRAN examine l'enfant.

Le ventre se défend toujours dans sa moitié sous-ombilicale; mais la douleur semble plus diffuse, et s'étend à tout le flanc droit et l'hypogastre.

T = 39°5, P = 120, plus mou, dépressible.

M. ALBARRAN juge une intervention immédiate nécessaire.

OPÉRATION.

Incision de Roux.

Aussitôt on tombe sur le cœcum, rouge, injecté.

On trouve très facilement l'appendice, gros, rouge, turgescent.

Ligature au catgut. Section au thermo-cautère.

Enfouissement du moignon.

Suture de la paroi à 3 plans.

Durée de l'intervention : 20 minutes.

Le soir $T = 40$, $P = 120$.

L'enfant ne souffre plus de son ventre.

Il a le visage animé ; un peu d'agitation.

On défait le pansement ; on constate que le ventre est souple dans toute son étendue, et qu'il n'est plus douloureux.

On refait le pansement sans avoir touché à rien.

Rien de particulier à l'auscultation.

19 avril. — Le facies du malade est toujours le même. Il ne souffre de nulle part. Sa langue est sèche.

On l'examine avec soin ; on ne trouve rien qui explique l'élévation de la température.

20 avril. — On refait à nouveau le pansement.

On constate sur le ventre la présence de 3 taches rosées lenticulaires.

Séro-diagnostic de WIDAL à 1/25 et à 1/50. — Négatif.

Mais on ne serait qu'au douzième jour environ de la maladie.

Diazo-réaction d'EHRlich. — Négative.

Pas d'albumine.

L'affection continue à évoluer comme une fièvre typhoïde bénigne.

La température reste très élevée, en plateau autour de 40°.

25 avril. — Ablation des crins. Réunion parfaite par première intention.

Le soir, défervescence brusque de la température, qui se continue ; la température tombe à la normale en 36 heures.

Convalescence sans incident.

Le malade sort du service le 22 mai avec un bandage à pelote.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE L'APPENDICE

Pratiqué par M. ALQUIER, interne des hôpitaux, qui fait les constatations suivantes :

Lésions limitées à la muqueuse et à la couche folliculaire muqueuse.

Glandes respectées.

Légère accumulation d'éléments arrondis dans le chorion.

Couche folliculeuse. — Hypertrophie légère des follicules qui forment une couche presque continue et sont bourrés de lymphocytes.

Au centre de plusieurs follicules, quelques lésions dégénératives des cellules lymphatiques.

Rien dans les tuniques superficielles.

Pas de lymphangite.

OBSERVATION VI

(communiquée par le Dr Lance)

GERMAINE D....., 8 ans.

Amenée à l'hôpital *Hérolde*, à 1 h. 1/2 du matin, le 12 octobre 1902.

Le père ne peut fournir que les renseignements suivants :

L'affection a débuté le 7 octobre, dans la matinée, par des douleurs dans le ventre, présentant des paroxysmes très vifs.

Le soir, l'enfant vomit son dîner.

8 et 9 octobre. — Persistance des douleurs et des vomissements alimentaires et muqueux.

9 octobre. — Un médecin consulté pose le diagnostic d'*embarras gastrique fébrile* et ordonne une purgation.

11 octobre. — Un autre médecin déclare qu'il s'agit d'*appendicite* et conseille l'envoi de l'enfant à l'hôpital.

A son entrée, le 12, on constate les symptômes suivants :

Le ventre est ballonné, la paroi musculaire se défend dans toute son étendue.

Il est douloureux partout, avec maximum à la région sus-ombilicale.

On ne constate pas la présence du *point de Mac-Burney*.

Matité sus-pubienne, qui disparaît quand on a vidé la vessie.

Le facies est celui d'une *fièvre typhoïde* ; le regard est hébété : les narines et les lèvres sèches, couvertes d'un enduit noirâtre.

La langue est rôtie.

T = 37°8 P = 100, bien frappé.

Le chirurgien de garde opine pour une *fièvre typhoïde sans appendicite*. Il se décide cependant, sur les instances de l'interne de garde, à intervenir.

OPÉRATION, à 4 h. du matin.

Incision de 6 cm. parallèle à l'arcade crurale.

Dès l'incision du péritoine, il s'écoule environ 250 gr. d'un pus phlegmoneux, à odeur fécaloïde, légèrement teinté de sang. Il provient de la face postérieure du cœcum et du colon.

On ne trouve pas l'appendice à une rapide inspection.

On place deux drains, l'un derrière le cœcum, l'autre vers le petit bassin ; et on ferme la partie supérieure de l'incision.

Durée de l'intervention : 15 minutes.

Aussitôt, injection hypodermique de 500 gr. de sérum artificiel.

SUITES OPÉRATOIRES.

12 octobre. — La malade est très abattue toute la matinée. Nouvelle injection de 500 gr. de sérum.

La température est tombée à la normale.

Le soir, le pouls étant très dépressible, injection de caféine.

13 octobre. — Le pouls est nettement dicrote.

L'abattement a diminué. Le facies est plus coloré, mais hébété. Elle répond quelques mots.

Séro-diagnostic de WIDAL à 1:25 — positif.

— — — — — à 1:50 — positif.

Le pansement contient un peu de pus fécaloïde.

Le ventre est devenu souple, indolore, sauf vers le point de *Mac-Burney*. La malade supporte sans vomir un décilitre de lait bouilli glacé.

14 octobre. — Le pansement contient du pus fécaloïde.

Toujours le même facies.

Pouls dicrote.

Diazo-réaction d'ERLICH — positive.

Réaction de JACQUÈMET — négative.

Pas d'albumine.

1/2 litre de lait bouilli glacé est absorbé.

Une selle spontanée abondante dans la soirée.

15 octobre. — Même état. La malade prend 1 litre de lait. Un peu d'agitation, subdelirium.

16 octobre. — Le pouls est mieux frappé, il n'est plus dicrote.

La rate n'est pas perceptible à la percussion

Le même état continue jusqu'au 22 octobre, où la température tombe complètement à la normale.

La langue redevient humide.

L'enfant se met à causer.

Les drains ont été retirés en même temps que les sutures de la peau, le 19 octobre.

La fermeture complète de la plaie s'effectue dans les premiers jours de novembre.

L'enfant sort de l'hôpital le 28 novembre avec un bandage à pelote sur sa cicatrice abdominale.

OBSERVATION VII

(Communiquée par le Dr Lance)

M. B..., entre le 24 décembre 1901, à la MAISON DUBOIS,* dans le service de M. GUINARD.

Il est envoyé par un médecin pour être opéré d'une *appendicite*.

Son affection a débuté le 16 décembre par une violente douleur dans la partie droite de l'abdomen.

En même temps il présente de la fièvre et une forte céphalée.

Pas de vomissements.

Les jours suivants, cet état se maintient.

Le malade est constipé.

Un médecin consulté pense à une *appendicite*, et voyant le faciès du malade s'altérer, juge une intervention urgente.

A son entrée, on constate une douleur très violente dans la fosse iliaque droite, limitée nettement au *point de Mac-Burney* et une vive hyperesthésie de la peau au même niveau.

Pas de défense musculaire,

Une tache rosée *lenticulaire* sur l'abdomen.

Depuis la veille, diarrhée jaune.

Le faciès est absorbé, hébété ; la langue sèche, fuligineuse.

T. = 37°5.

On pense de suite à une *fièvre typhoïde avec début appendiculaire*.

On prescrit le repos et de la glace sur le ventre.

Les jours suivants, la douleur va en s'atténuant.

Le malade prend de plus en plus l'aspect d'un typhique. Un peu de délire.

La température ne dépasse pas 37°5.

Une intervention ne semblant plus imminente, le malade est transporté chez lui le 30 décembre.

OBSERVATION VIII

Notre excellent ami, le D^r BRIN, d'ANGERS, a bien voulu nous communiquer une observation dont malheureusement le séro-diagnostic n'a pu être retrouvé.

Il s'agit d'une femme de 45 ans qui fut soignée par un médecin de campagne pendant 3 semaines pour une *fièvre typhoïde*, et qui, au bout de ce temps, présenta des accidents que le D^r BRIN attribua à une *appendicite*.

Ce diagnostic l'ayant décidé à intervenir chirurgicalement, il trouva une péritonite purulente généralisée avec un *appendice gangrené et perforé*.

La malade mourut malgré une triple laparotomie et de grands lavages.

Le D^r BRIN pensa que les accidents *présumés typhiques* du début étaient d'*origine appendiculaire*, et qu'en somme on avait méconnu une *appendicite* ayant évolué sans grands symptômes de réaction péritonéale.

Il est encore possible que l'appendicite se soit produite au *décours de la fièvre typhoïde*; mais la première supposition paraît plus probable.

OBSERVATION IX

ESCHER (1) opère un jeune homme pour une hernie inguinale considérée comme étranglée. Il tombe sur un sac déshabité, plein de pus. Il prolonge son incision et tombe sur les anses intestinales agglutinées, circonscrivant des poches de pus à odeur fécaloïde. Lavage et drainage. Guérison.

(1) Escher, — *Wien. med. Woch.*, 1887, p. 607.

Escher pense qu'il s'agissait d'une perforation intestinale survenue au cours d'un *typhus ambulatorius*. Il est bien plus probable qu'il se soit agi d'une *péri-appendicite* suppurée comme le font remarquer LOUIS et VAN HOOK.

OBSERVATION X

ALEXANDROFF (1).

Garçon de 9 ans. — Symptômes de perforation à la 7^e semaine d'une fièvre typhoïde non grave.

Opération 20 heures après la manifestation des symptômes.

Résection de l'appendice perforé.

Mort.

OBSERVATION XI

BONTECOU (2).

Jeune homme de 25 ans.

Manifestation des symptômes au 15^e jour d'une fièvre typhoïde.

Opération 48 heures après.

Résection de l'appendice ulcéré.

Suture d'une perforation intestinale.

Lavage du péritoine.

Mort avant que le malade ait eu le temps de se réveiller.

(1) Alexandroff. — *Journ. de clin. et de thérap. infantiles*, 1894, n^o 44, p. 735.

(2) Bontecou. — *Journ. of the Amer. Assoc.* 28 janvier 1888, p. 106.

Rapport sur un cas de perforation de l'appendice au cours de la fièvre typhoïde. (1)

par le Dr H. D. ROLLESTON, M. D.

Société clinique de Londres.

Séance du 13 mai 1898.

« CHARLES, 21 ans, est admis à l'hôpital SAINT-GEORGES le 17 décembre 1897.

Il raconte que le mois précédent, il a eu une indisposition causée par un mal de gorge et de la toux.

Il n'a pas eu d'épistaxis.

Le 15 décembre, il s'est senti assez mal, et s'est plaint d'un mal de tête ; et le jour suivant il a été pris, non pas subitement, mais insidieusement, d'une douleur abdominale, avec diarrhée et vomissements.

Il se rend cependant à son travail le 17 décembre ; mais se sentant très mal, il vient à l'hôpital, et est admis par M. F. ADDISON PHILIPS, médecin de garde.

A son entrée, le malade semble souffrir beaucoup ; il est abattu, hébété ; sa température est élevée ; sa langue très sèche ; le pouls, à 120, est faible.

(1) In « *Clinical Society's Transactions* ». Vol. XXXI, p. 234.

Traduit de l'anglais par R. FRANÇOIS.

La respiration est à 34.

Les poumons sont sains. Pas de souffle au cœur, mais le 1^{er} temps un peu faible.

Il n'y a ni distension de l'abdomen, ni hyperesthésie au *point de Mac-Burney*.

Tout le ventre est sensible et est le siège d'une douleur qui n'est pas nettement localisée.

On y voit *une demi-douzaine environ de taches typhoïdes*.
L'urine contient de l'albumine.

On fait provisoirement le diagnostic de *fièvre typhoïde*.

Le jour suivant, l'état du malade se modifie. Il est agité, se couchant d'un côté sur l'autre, et se plaint d'une violente douleur dans le ventre.

La langue est sèche, le pouls à 140, la respiration à 32, la température a baissé.

La matité hépatique n'est pas déplacée.

Il existe une sensibilité plus ou moins générale; mais il est difficile de se rendre compte, d'après les réponses du malade, de la région profonde du ventre où la sensibilité ou la douleur est le plus accentuée.

Le mouvement abdominal de la respiration est très diminué.

L'état du malade fait penser à la *perforation d'une ulcération typhoïde*, ou à une *hémorrhagie intestinale*. En conséquence, on lui fait une injection hypodermique de 1/2 grain de morphine (1).

Naturellement après cela il est soulagé.

Afin d'éviter la distension, on lui donne en plusieurs doses une 1/2 drachme (2) de « *liquor Hydrargiri Perchloridi* ».

Les intestins se vident tout d'un coup de matières liquides de couleur jaune verdâtre.

Le malade passe une nuit agitée.

19 décembre. — L'abdomen est plus distendu, mais la

(1) Soit 3 centigr. environ. Le *grain* anglais = 0 gr. 065.

(2) Soit 2 cmc. environ. La drachme anglaise = 3 cmc. 549.

matité hépatique n'est pas déplacée ; la paroi abdominale est franchement sensible. La douleur et l'agitation reparaissent ; le pouls (132) s'affaiblit ; la respiration (60) devient courte, le mouvement abdominal, faible ou non, restant toujours appréciable. On a de nouveau recours à la morphine ; mais comme le jour précédent l'état du malade s'aggrave plutôt, et il semble probable qu'il y a une *péritonite* due à la *perforation d'une ulcération typhoïde*, perforation probablement petite et refermée en partie de façon à ne pas laisser passer de gaz dans la cavité péritonéale. La présence de la matité hépatique fait, en effet, supposer qu'il n'y a pas de gaz libres dans le péritoine.

Avec ce diagnostic dans l'esprit, et du fait que l'état du malade s'est rapidement aggravé, on pense que la seule chance de salut est de trouver l'ulcération et de la suturer ; mais que si on se borne à un traitement médical le pronostic est désespéré. En conséquence, M. T. PICKERING PICK, appelé en consultation, est d'avis de pratiquer la laparotomie, dans le but de trouver et de supprimer la cause de la péritonite.

Quand le malade est anesthésié, on remarque que l'abdomen se meut librement.

Le ventre est ouvert sur la ligne médiane, entre la symphyse pubienne et l'ombilic.

On trouve une péritonite fibrineuse, avec un épanchement trouble.

Il n'y a pas de gaz libres dans la cavité péritonéale.

L'intestin est violemment congestionné, et les anses de l'iléon qui flottent dans le bassin, sont recouvertes de pus. (Il est à noter que, malgré l'existence de la péritonite observée, la malade n'avait éprouvé aucune difficulté à vider sa vessie.)

M. PICK prend les anses de l'intestin grêle entre ses doigts, et les examine soigneusement pour découvrir quelque perforation. Il n'en trouve aucune et ne peut mettre en évidence *ni ulcération ni lésion typhoïde* à la surface du péritoine.

Quand le cœcum est mis à nu on le trouve accolé à la fosse iliaque par des adhérences.

L'appendice vermiciforme est alors examiné : on le trouve *très épaissi, enflammé, et perforé* au ras de sa jonction avec le cœcum.

On résèque l'appendice, et le moignon est invaginé dans le cœcum. On évacue le péritoine, et on laisse un drain *in situ*.

L'appendice est très tuméfié de par la turgescence de toutes ses tuniques, mais spécialement de la muqueuse. Près de son extrémité, il y a un petit abcès interstitiel de la grosseur d'un grain de millet, qui ne s'est pas rompu. Il n'y a pas de concrétions à l'intérieur de l'appendice.

Le sang du malade est examiné le 20 décembre par le Dr C. SLATER au moyen de la *réaction de WIDAL*. Il donne une réaction bien nettement caractérisée, confirmant ainsi le diagnostic de *perforation d'une ulcération typhoïde sur l'appendice*.

L'absence de toute manifestation évidente de lésions typhoïdes lors de l'opération, et l'état de l'appendice avaient fait qu'on était porté à révoquer en doute le diagnostic antérieur de fièvre typhoïde, et à penser que les symptômes s'expliqueraient par une *appendicite avec absorption septique*.

Le malade s'améliore temporairement après l'opération : mais peu à peu il décline et meurt le soir du 21 décembre, deux jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouve des lésions typhoïdes bien caractérisées dans l'intestin et les ganglions mésentériques.

Le péritoine est enflammé, mais pas beaucoup plus que lors de l'opération.

Le moignon de l'appendice dont la section est dans le cœcum, ne paraît pas avoir suppuré.

C'était donc un cas de *perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde ambulatoire*, vers la fin de la troisième ou le commencement de la quatrième semaine de la maladie.

Le résultat funeste est imputable aux graves symptômes constitutionnels présentés par le malade, et dûs probablement à ce fait qu'il avait travaillé jusqu'à 5 jours avant sa mort.

L'opération, en tant qu'opération, avait entièrement réussi.

Considérations. — Ce cas est intéressant à deux points de vue :

1° L'occurrence de l'ulcération et de la perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde.

2° La question de l'intervention opératoire pendant la période aiguë.

L'appendice contient une grande quantité de tissu lymphatique; on l'a, en effet, comparé à une *Plaqué de PEYER* tubulaire.

Il est donc normal de s'attendre à ce que l'appendice soit souvent intéressé dans la fièvre typhoïde, et quelquefois perforé.

Dans ces dernières années, il y a eu, à l'hôpital Saint-Georges, sans compter le cas précédent, 59 cas mortels de fièvre typhoïde dont on a fait l'autopsie (La moyenne de l'âge des malades est 24 ans).

Dans 20 de ces cas l'état de l'appendice vermiciforme n'est pas mentionné. Il était donc probablement sain.

(Age moyen = 22 ans).

Dans 26 cas il est signalé comme état normal.

(Age moyen = 26 ans 1/2).

Dans 5 cas il est décrit comme étant tuméfié.

(Age moyen = 17 ans).

Enfin dans 8 cas, on trouva des ulcérations.

(Age moyen = 27 ans).

Dans 1 de ces 8 cas, l'appendice était perforé, et détermina une péritonite mortelle.

Ainsi dans 22 %, c'est-à-dire dans un peu plus du cinquième des cas, on avait noté que l'appendice était intéressé.

Les statistiques montrent que l'âge moyen (23 ans) des

13 cas où l'appendice était atteint, est inférieur à l'âge moyen (26 ans 1/2) des 26 cas où il fut trouvé sain.

Sur les 13 cas, il y a 5 femmes et 8 hommes.

Donc, dans l'appendicite typhoïde, comme dans les formes ordinaires de cette maladie, c'est le sexe masculin qui domine.

Y compris le cas présent, il y a donc 2 cas de *perforation de l'appendice* sur 60 cas mortels de *fièvre typhoïde*.

Sur ces 60 cas, il y en a 18 mortels du fait d'une *perforation*. (Âge moyen = 20 ans).

Sur ces 18 cas, la *perforation de l'appendice* s'étant présentée 2 fois, on obtient une proportion de 11 %.

Il est intéressant de comparer cette statistique avec celle des autres auteurs.

Sur 167 cas de perforation dans la fièvre typhoïde réunis par FITZ (1), il y en a 5 dans lesquels l'appendice était perforé, soit 3 %.

FINNEY (2), se basant sur différentes statistiques, estime que la *perforation de l'appendice* se présente dans 5 % des cas de *perforations typhoïdes*.

Dans une autre série de 134 cas de perforation recueillis par NACKE (3), l'appendice est intéressé 15 fois, soit dans 11 % des cas.

OSLER (4) donne cette localisation comme *fréquente*.

Sur 580 cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital JOHNS HOPKINS, il y a 48 décès : 16 sont dûs à une *perforation*, et dans 4 ou 5 de ces 16 cas, la perforation siégeait à l'*appendice*.

Ces statistiques feraient bien supposer que l'*appendicite typhoïde*, ainsi que les autres formes de cette maladie, est beaucoup plus fréquente maintenant qu'autrefois.

En ce qui concerne la *fréquence de la perforation typhoïde*

(1) Fitz. — *Trans. Association of American Physicians*. Vol. VI, p. 200.

(2) Finney. — *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, mai 1897.

(3) Nacke. — Cité par « Monod et Vanverts ». *Rev. de Chir.* mars 1897.

(4) Osler. — *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, mai 1897.

de l'appendice par rapport aux autres formes d'appendicite perforante, les statistiques diffèrent quelque peu.

MORIN (1) trouve 12 cas de perforation de l'appendice dans la fièvre typhoïde, sur 64 cas d'appendicite avec perforation, tandis que FITZ (2) en trouve 3 sur 257.

Ce dernier semblerait donner la plus probable proportion en raison du plus grand nombre de ses observations et de son expérience.

En ce qui concerne le traitement opératoire de la perforation au cours de la fièvre typhoïde, la mortalité est effrayante.

MONOD et VANVERTS (3), dans une récente discussion critique sur ce sujet, citent 27 cas de laparotomie pour perforation typhoïde manifeste, avec 5 guérisons : soit une mortalité de 81,5 %.

Dans 2 des cas où la guérison survint, la péritonite était localisée.

Abstraction faite de ces deux cas, dans lesquels les conditions étaient plus favorables, la mortalité est de 88 %.

FINNEY (4) a réuni 52 cas avec 17 guérisons ; mais en excluant les cas douteux, il y en avait 47 avec 13 guérisons : soit une mortalité de 72,3 %.

Dans une note complémentaire, il cite un cas remarquable, publié après son article, et décrit par ARMSTRONG (5) (de Montréal).

Le malade en question avait recouvré la santé après une opération pour perforation au cours d'une fièvre typhoïde. Mais 24 jours plus tard, une deuxième, et 3 jours après une troisième perforation se produisirent, et la terminaison fut néfaste, comme bien on pense.

(1) Morin. — *Thèse de Paris*, 1869. Cité par Monod et Vanverts.

(2) Fitz. — *Loc. cit.*

(3) Monod et Vanverts. — *Rev. de chirurg.*, mars 1897.

(4) Finney. — *Loc. cit.*

(5) Armstrong. — *Montreal medical Journal*.

Vol. XXV, n° 8, 1897.

La période de la maladie pendant laquelle la perforation se produit a probablement une influence considérable sur la mortalité des cas opérés.

D'après les statistiques de FINNEY (1), la plupart du temps, la perforation survient pendant la troisième semaine, c'est-à-dire pendant la période aiguë, et par conséquent au plus mauvais moment pour le malade.

Le pronostic est donc meilleur quand cette complication survient à la fin de la maladie, ou pendant la convalescence ; ou, ce qui est rare, quand elle survient de bonne heure, comme dans un cas heureux où FINNEY (2) sutura une perforation au huitième jour d'une fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, bien que la chance de guérison, après une opération pratiquée pendant la période aiguë de la maladie, soit précaire, on ne doit cependant pas, semble-t-il, la négliger.

Une perforation est extrêmement grave, probablement plus grave même qu'on ne le pense généralement. C'est à se demander même si, dans les cas où des symptômes de perforation ont été suivis de guérison, il y avait eu vraiment perforation.

Ainsi, dans un cas de HERRINGHAM et BOWLBY (3), on ne trouva rien en ouvrant le ventre, si ce n'est de nombreuses scybales dans le colon. Et cependant les *symptômes* d'une perforation étaient certainement plus précis que dans un autre cas de perforation *confirmée*, qui fut opéré avec succès et décrit dans la même réunion de la *Royal medical and surgical Society*, par LANDER BRUNTON et BOWLBY (4).

FITZ (5) ne croit guère à la guérison à la suite d'une

(1) Finney. — *Loc. cit.*

(2) Finney. — *Loc. cit.*

(3) Herringham and Bowlby. — *Med. chir. Transactions* Vol. LXXX, p. 127.

(4) Lander Brunton and Bowlby
Med. chir. Transactions. Vol. LXXX, p. 120.

(5) Fitz. — *Loc. cit.*

perforation flagrante, et regarde les symptômes des cas suivis de guérison, comme la manifestation d'une péritonite due à une autre cause qu'une perforation.

Entre autres causes de péritonite, on peut mentionner la rupture d'un ganglion mésentérique tuméfié.

Quoi qu'il en soit, on voit par ce qui précède, combien il est difficile de diagnostiquer avec quelque certitude une *perforation au cours de la fièvre typhoïde*. Cette difficulté justifie un certain délai, tant qu'on peut supposer que les symptômes s'éclairciront ; mais différer la laparotomie dans les cas où la perforation est manifeste, c'est évidemment compromettre son succès.

Et même si la perforation n'est que *probable*, lorsque, après mûr examen, on constate que le traitement palliatif n'apporte aucune amélioration à l'état du malade, là encore l'opération offre une chance de salut, et est par conséquent justifiée.

Notons ici que DEEVER (1) a récemment publié 2 cas de *perforation de l'appendice* survenue de bonne heure *au cours de la fièvre typhoïde*, qui guérissent après opération.

Le cas de BRUNTON et BOWLBY paraît être le 5^e publié en Angleterre d'une opération pour perforation suivie de guérison.

Tous ceux qui ont été enregistrés par CAYLEY et BLAND SUTTON (2), par ALLINGHAM (3) et par PARKIN (4), n'ont donné, comme celui que nous avons rapporté, que des insuccès ».

(1) Deaver. — *American Journal Medical Sciences*.
February 1898 p. 189.

(2) Cayley and Bland Sutton.
Clinical Society's Transactions. Vol. XXVII p. 137.

(3) Allingham. — *Lancet* 1894. Vol. 1, p. 675.

(4) Parkin. — *Brit. med. Journal*. — 1895. Vol. 1, p. 192.

INDEX BIBLIOGRAPHIE

par ordre alphabétique

- ALEXANDROFF. — 1° *In Thèse* de Mauger. Paris 1900.
2° *Journ. de clinique et de thérapeutique infantile*. 1894.
N° 44. p. 735.
- ALLINGHAM. — *Lancet*, 1894. Vol. I, p. 675.
- ARMSTRONG. — *Montréal Médical Journal*. 1897. Vol. XXV.
N° 8.
- BARBE. — *Thèse* de Paris. 1895.
- BAYER. — Appendicite et fièvre typhoïde. *Thèse* de Paris.
1901,
- BOVERLY MAC-MONAGLE. — *Journal of American Medical Association (California Academy of Medicine)*.
- BONTECOU. — *Journal of the American Association*. 28 Janvier 1888. p. 106.
- BRUNTON AND BOWLBY. — *Medic. surgical Transactions*.
Vol. LXXX, 120.
- BULL. — Practitioners Society. *In Med. Record*. 1^{er} Juin 1901.
- CAYLEY AND BLAND SUTTON. — *Clinical Society's Transactions*. Vol. XXVII, p. 137.
- CHOMEL. — *In Thèse* Gouronnec. Paris 1884
- CLEMENS. — *Wiener med. Bl.* 1889.
- COULOMB. — *Thèse* de Paris, 1889.
- CUSHING. — *In Archives générales de médecine* 1901. (Traduction de Lecène).

- DEAVER. — *American Journal Medical Sciences*. February 1898, p. 189.
- DIEULAFOY. — 1° *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 27 octobre 1896.
2° *Cliniques*. 1896-97.
3° *Manuel de pathologie interne* 13^e édition. 1901. T. II et IV.
- DUCASSE. — *Thèse de Paris*. 1883.
- ESCHER. — *Wien. med. Woch.* 1887, p. 607.
- FAISANS. — *Société médicale des Hôpitaux*. 24 mars 1899
- FINNEY. — *Johns Hopkins Hospital Bulletin*. May 1897.
- FITZ. — *Trans Association of American Physicians*. Vol. VI, p. 200.
- GOURANNEC. — *Thèse de Paris*. 1881.
- GRISOLLE. — *Traité de pathologie interne*. 1865.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Cliniques médicales*. T. III.
- GUINARD. — *In Thèse de Coulomb*. Paris 1899.
- HAROLD (William). — *Boston medical Journal*. 27 juin 1901.
- HERRINGHAM AND BOWLBY. — *Med. chirurgical Transactions*, vol. LXXX, p. 127.
- HOPFENHAUSEN (Olga). — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 2 février 1899.
- HUCHARD et GUÉNIOT. — *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1899.
- HUTINEL. — *Thèse d'agrégation*. 1883.
- JACOB. — *Thèse de Paris*, 1893.
- KELYNACK. — *A contribution to the pathology of the vermiform appendix*, Londres, 1893.
- KRETZ. — *Wiener Klin. Woch.*, 6 décembre 1900.
- LAIGNEL. — *Lavastine*.
1° *Société anatomique*, novembre 1900.
2° *Société médicale des Hôpitaux*. 19 avril 1901.
- LANNELONGUE et GAILLARD. — *Académie des Sciences. Semaine médicale*, 19 juin 1890

LAUNOIS. — *Revue de médecine*, 1895.

LEUDET.

1^o *Archives générales de médecine*, 1859.

2^o *Cliniques*, 1871.

LOEPER. — *Société anatomique*, janvier 1900, 24 mai 1901.

LOEPER et OPPENHEIM. — *Gazette des Hôpitaux*, 25 mai 1901.

MALESPINE. — *Archives générales de médecine*, 1841.

(In *Thèse Gouronnec*, Paris, 1881),

MASBRENIER. — *Thèse de Paris*, 1901.

MAUGER. — *Thèse de Paris*, 1900.

MAURANGE. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899.

MOIZARD. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1899.

MONOD et VANVERTS. — *Revue de chirurgie*, mars 1897.

MORIN. — *Thèse de Paris*, 1869.

MOTTA-COCO. — *Gaz. med. di Torino*, 1899, n^{os} 10 et 11.

MUCHLECK. — *Philadelphie medical Journal*, 20 mai 1899.

MURCHISON. — *Traité des fièvres continues de la Grande-Bretagne*.

MUSHAUM. — *Deutsche med. Woch.*, 8 août 1901.

NACKE. — Cité par Monod et Vanverts, *Revue de chirurgie*, mars 1897.

OSLER. — *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, may 1897.

PARKIN. — *Brit. med. Journal*, 1895. Vol. L, p. 192.

PICCHI et PIERACCINI. — *Sperimentale*, LV. I.

PRUDHOMME. — *Mémoires de médecine militaire*, 1860.

RENDU. — *Semaine médicale*, 6 février 1901.

RIVIER. — *Thèse de Paris*, 1898.

ROLLESTON. — *Clinical Society's Transactions*. Vol. XXXI, p. 234. (Traduction de R. François).

SICARD. — *Presse médicale*, 16 octobre 1901.

SILCOCK. — In M. D. B. Lees. *Société clinique de Londres*.
In Semaine médicale, 12 février 1892.

SIMONIN. — *Société médicale des Hôpitaux*, 27 décembre
— 1901.

SIRON. — *Thèse de Paris*, 1898.

TUFFIER. — *Semaine médicale*, 26 juin 1901.

TRAPIER et PAIROT. — *Semaine médicale*, 8 mars 1899

WEISS.

1° *New-York surgical Society*, 8 décembre 1886.

2° *American medical Association*. (*In Med. Record*,
23 juin 1900).

3° *Journal of American medical Association*, 24 novembre
1900.

WIDAL. — *Société médicale des Hôpitaux*, 12 avril 1901.

